

VLAD ZDRENGHEA

**PSIHIATRIE
ȘI
NURSING PSIHIATRIC**

ÎNGRIJIRI: ASPECTE GENERALE

PARTEA I

1.IMPRESII ȘI PUNCTE DE VEDERE

Introducere

În societate oamenii își formează cele mai ciudate idei despre pacienții cu tulburări de funcționare. Deseori aceste idei sunt prejudecăți care se bazează mai cu seamă pe lipsa de cunoaștere a problemelor. Aceste idei și prejudecăți sunt în mare măsură hotărtoare asupra modului nostru de comportament și gândire față de acești oameni

Impresia despre pacienții cu tulburări psihice

Se spune în general despre pacienții cu tulburări psihice că “nu sunt normali”. Ce înțelegem prin normal? Părerile sunt împărțite. Faptul că un anumit comportament este considerat normal sau nu este influențat de o multitudine de factori. Avem tendința de a califica pe cineva “nebun” sau “anormal” atunci când comportamentul lui diferă de propriul nostru șablon. Prin aceasta îl separăm de noi, utilizând frecvent cuvinte jignitoare (“nebun”, “țicnit”, “scrântit”) creind prin aceasta o imagine deformată a realității. Acest lucru se numește “prejudecată”.

Prejudecățile au o funcție pentru om: îl ajută să se distanțeze față de anumite grupuri de oameni. Teamă față de alte grupuri de oameni izvorâtă din necunoașterea lor generează prejudecăți. În ultimele decenii s-a trecut la schimbarea impresiei despre acești pacienți.

Cadrul medical mediu și prejudecățile lui

A avea prejudecăți despre pacient îngreunează îngrijirea lui. Este important să-ți cunoști propriile prejudecăți și cauza lor pentru a-ți putea da seama dacă sunt corecte.

A fi “bolnav psihic” și a avea “tulburări de funcționare”

Există o deosebire între cele două concepte

2.PRINCIPII DE BAZA ÎN ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU TULBURRI DE FUNCȚIONARE

Îngrijirea medicală este o activitate desfășurată de om pentru oameni

Avem de a face cu omul ca pacient, cu omul ca aparținător al pacientului și cu omul în calitate de personal medical îngrijitor.

Principii care stau la baza îngrijirii pacientului care suferă de tulburări de funcționare

Îngrijirea medicală acordată pacienților cu tulburări de funcționare

O tulburare psihică influențează funcționarea globală a pacientului (imposibilitatea de a se îngriji pe sine), în așa măsură încât acesta nu va putea de unul singur să se adapteze la cerințele unei vieți armonioase în societate. Omul respectiv este îndrumat spre îngrijirea psihiatrică temporară sau permanentă. Pacientul va fi ajutat să-și regăsească modul de

funcționare normal, unii devenind capabili să se îngrijească complet pe sine înșiși, alții, cum ar fi pacienții psihiatrici cronici, vor rămâne dependenți de îngrijiri.

Pentru conceperea unui plan de îngrijire va fi hotărâtoare formarea unei imagini despre pacient. Aceasta diferă în funcție de religie, modelul cultural al societății în care trăiește, perioada istorică etc.

Puncte de vedere principale privind omul-pacient utilizate în îngrijirea pacienților cu tulburări de funcționare:

1.Fiecare om reprezintă o unitate psihică, somatică , socială și în ce privește principiile asupra vieții; interacțiunea dintre acestea influențează existența fiecărui om.

2.Fiecare om este unic în felul său: această idee este valabilă în oricare dintre situațiile în care un om s-ar afla.

3.Fiecare om este un individ independent, dotat cu responsabilitate proprie: ea poate avea discernământ și poate să se schimbe în funcție de gradul său de adaptabilitate.

4.Omul nu poate fi analizat separat de mediul său social: omul are nevoie de oameni în jurul său pentru a putea fi om .

5.Fiecare om are o istorie a vieții sale: prezentul este o continuare a trecutului și are influență asupra viitorului.

PARETEA II

VIZIUNI ASUPRA ÎNGRIJIRII BOLNAVULUI

1.Întroducere

Cadrul medical trebuie să privească pacientul pe care-l abordează ca pe un individ făcând parte din societate și având propria sa constituție psihosomatică, propria sa convingere religioasă și un caracter propriu, gata format.

Modul de lucru al cadrului medical nu se bazează pe intuiție sau întâmplare, ci este sistematic și cu un scop.

Îngrijirea bolnavului începe din ce în ce mai mult să devină o disciplină aparte, fiind în căutare de o fundamentare științifică și de o structurare a procedurilor din situațiile practice.

Modelul de gândire, modelul de acționare metodică și sistematică poate fi aplicat în cadrul planificării, executării și evaluării activității de îngrijire a bolnavului

2.Rezolvarea problemelor

O problemă poate fi rezolvată numai dacă suntem conștienți de existența ei.

Se vorbește de noțiunea de problemă dacă situația prezentă este diferită de cea dorită.

Dacă vrei să ajungi într-un timp cât mai scurt la situația dorită, va trebui să rezolvi problema întâlnită, într-un mod conștient, sistematic, ținut și eficient. Pentru fiecare va fi clar de ce dorești ceva și de ce faci ceva.

Pentru abordarea unei probleme în mod conștient, sistematic, ținut și eficient se poate folosi “modelul rezolvării de probleme”:

1.Recunoașterea problemei

2.Formularea problemei

3.Stabilirea scopului

4. Planuri de acțiune
5. Ducerea la îndeplinire a planului
6. Evaluarea situației

Aplicarea modelului rezolvării unui probleme în practica îngrijirii pacienților .

1. Primul lucru care va trebui făcut la venirea unui nou pacient în secție, este obținerea de date referitoare la el. Cu alte cuvinte i se va lua o anamneză de către cadrul medical.
2. Din datele obținute, mai ales dacă acestea sunt ordonate și corelate una cu alta, se poate trece la formularea problematicei legate de îngrijirea medicală.
3. Având ca punct de plecare problemele puse în cadrul îngrijirii medicale, se trece la schițarea rezultatelor pe care (mai devreme sau mai târziu), vrem să le obținem cu acest pacient. Bineînțeles că va trebui să fim atenți ca scopurile propuse să fie realiste.
4. După aceasta, se va pune la punct un plan care să redea modul în care ne-am gândit să putem duce la îndeplinire cele propuse. Cine, ce, cum și când va face ceva? Ce mijloace suplimentare vor putea fi folosite?
5. Următorul pas este executarea planului, conform celor stabilite dinainte.
6. După o anumită perioadă, de exemplu de două săptămâni, se va face o evaluare de etapă, mai ales, dacă planul de lucru a fost bun. În cazul în care nu ne-am atins scopurile propuse, sau dacă procesul nu s-a desfășurat așa cum am fi dorit, nu ne rămâne nimic altceva de făcut decât să începem totul de la început.

3. Observarea și raportarea

Observarea este o constatare conștientă, care are loc în anumite situații, având un anumit scop și care se desfășoară conform unui anumit sistem.

Prin **raportare** înțelegem un schimb de informație între persoane. Raportarea poate avea loc atât prin informații scrise cât și prin comunicare verbală. Orice persoană care prin profesia sa este implicată în îngrijirea pacientului va trebui să fie pusă la curent cu evoluția stării acestuia.

Raportarea corectă scade sau chiar înlătură posibilitatea de eroare. Salariații care lucrează în ture și care nu pot avea întotdeauna contact unii cu alții vor trebui totuși să comunice unii altora diverse observații și indicații prin intermediul raportării. Care este motivul pentru care trebuie să raportezi niște informații:

1. În caz contrar se va uita foarte mult. Detaliile care sunt de multe ori așa de importante sunt trecute cu vederea
2. Poți să citești după un timp observațiile notate de un coleg de-al tău.
3. Raportarea îți dă o imagine globală.
4. Spiritul de observație îți crește. Aceasta este o cerință pentru a putea descrie cât mai bine ceea ce observi. Nu rareori vei constata că observațiile notate de tine nu au fost suficient de amănunțit prezentate. Aceasta te stimulează ca pentru data viitoare să fii și mai atent în descrierea celor observate.
5. Observațiile notate de tine în raport vor constitui o sursă de date importante pentru colegul care urmează să lucreze în tura următoare. Raportul tău va trebui să fie cât mai complet posibil și într-o într-o exprimare limpede.

Raportarea este deci un mijloc important care asigură continuitatea în îngrijirea pacientului și oferă posibilitatea de evaluare a situației. Raportarea scrisă se face prin ceea ce noi în spital cunoaștem sub numele de **foaie de observație**.

- a. Foaia de observație conține în mod curent date despre pacient care sunt importante pentru acordarea de asistență medicală. Se adună și se pun în ordine date din mai multe domenii.
- b. Foaia de observație și îngrijire a bolnavului, conține date importante în acordarea de asistență medicală de către cadrul medical.

Rubrici:

- Informații luate la internare sau anamneza bolnavului.
- Planul de îngrijire al bolnavului.
- Foaia pentru înregistrarea temperaturii, pulsului, greutății, ADL, activități zilnice etc.
- Raportarea zilnică a cadrului medical.
- Medicația bolnavului.
- Foaia consulturilor de specialitate.

Cerințe:

- Scrierea raportului nu trebuie să se petreacă la pre multă vreme de la observare.
- Descrierea datelor despre bolnav trebuie să fie cât mai concisă și limpede.
- Prezentarea datelor trebuie să rănâă doar o culugere de informații (fără concluzii personale)
- Raportarea trebuie să fie clar exprimată și lizibilă.

Foarte important este să înțelegi raportul scris de un coleg de-al tău. Dacă nu înțelegi vreo informație citită sau nu ai auzit sau înțeles ceva suficient de bine, cu atât mai repede să clarifici lucrurile. Cere să ți se repete informația sau să-ți fie explicată, acolo unde consideri că acest lucru este necesar

Cerințele raportării scrise:

- Expresiile utilizate vor corespunde scopului propus: observarea pacientului.
- Scrisul să fie clar. Altfel pot apărea situații periculoase.
- De avut în vedere limbajul utilizat (evitare expresiilor populare pentru a nu jigni).
- Utilizarea unui limbaj oficial și evitarea expunerilor prea lungi.
- Să nu folosim prescurtări.

4. Foaia de tratament și îngrijire a bolnavului

Încă din momentul internării pacientului și pe tot parcursul asistării acestuia în spital este extrem de importantă culegerea de informații. Acest lucru se poate face prin discuția cu pacientul (anamneza), discuția cu aparținătorii (heteroanamneza) cât și, mai ales prin observarea comportamentului bolnavului în secție fără ca acesta să își dea seama și menționarea acestor aspecte în raportul de predare a turelor.

În schema alăturată este redată relația dintre procesul de îngrijire și foaia de îngrijire:

PROCESUL DE ÎNGRIJIRE	FOAIA DE ÎNGRIJIRE ȘI TRATAMENT
1.Culegerea de informații	1.Rubrica pentru anemneză
2.Formularea problemelor	2.Rubrica pentru inventarierea problemelor
3.Formularea scopurilor în procesul de îngrijire	3.Rubrica pentru scopurile propuse în îngrijiri.
4.Punerea la punct a planului de îngrijire	4.Rubrica planului de îngrijire a pacientului
5.Ducerea la îndeplinire a planului de îngrijire	5.Între altele, rubrica pentru raportare
6.Evaluarea	6.Rubrica de predare a serviciului.

5.Teorii cu privire la îngrijirea pacientului și descrierea noțiunilor de întrebuințare Generalități referitoare la teoria și practica îngrijirii bolnavui psihic

Se spune că între teorie (învățămint) și practică (secția medicală) există adesea o prapastie. Aparent s-ar putea crede că teoria se distanțează mult de practică, ducând o existență independentă care nu ar avea nici o importanță practică.

Științific se afirmă că teoria ar fi “un întreg format din enunțuri cu o înlănțuire logică, care încearcă să dea o explicație, cel puțin în parte, realității. Astfel, de fapt, realitatea devine baza teoriei. Cadrele medicale vor aprofunda cunoașterea practicii, vor medita asupra celor observate și vor formula teorii punând într-o legătură logică cele observate. Apoi vor verifica respectivele teorii confruntându-le cu realitatea și vor vedea dacă ideile au fost bune. Privind astfel lucrurile putem observa că teoria este strâns legată de practică. Formarea și formularea teoriei duce la îmbunătățirea calității execuției practice. În practica medicală ne lovim adesea de activități ca au devenit obiceiuri, ritualuri, chiar rutină. De aceea este foarte important ca cei care exersează profesiunea de cadru medical să aibe o gândire critică și independentă, să renunțe la rutină. Dacă se dovedește necesar.

Teoriile cu privire la îngrijirea pacientului au un grad scăzut de abstractizare, sunt cel mai adesea teorii despre aspecte practice.

Teoriile privitoare la acordarea de îngrijiri pacientului au ca elemente de bază “omul”, “mediul înconjurător”, “sănătatea” și “îngrijirea bolnavului”.

Este important să realizăm că teoriile despre îngrijirea pacientului se vor schimba în acord cu definiția dată sănătății precum și cu evoluția fiecărei perioade de timp și de cultură.

Există câteva teorii mai importante referitoare la îngrijirea bolnavului psihic, care pot fi consultate detaliat făcând apel la bibliografia anexată:

1. Teoria lui Florence Nightingale
2. Teoria lui J.A. van den Brink-Tjebbes
3. Teoria lui M. Gryptonck
4. Teoria lui Virginia Henderson
5. Teoria lui Dorothea E Orem

PARTEA III: SOMATIC

Această secțiune se referă la aspecte cum ar fi:

1. Igienă –spălarea mâinilor .
2. Îndepărtarea paraziților tegumentari .
3. Urmărirea balanței hidrice.
4. Ergoterapie .
5. Urmări ale imobilității, complicații și măsuri pentru prevenirea lor.
6. Gestionarea crizelor epileptice .
7. Sarcina cadrului medical mediu în administrarea terapiei .
8. Administrarea medicamentelor pe cale injectabilă.

PARTEA IV: SOCIAL

Această secțiune are ca obiective principale următoarele aspecte:

1. Comunicarea dintre cadrele medicale și pacienți
2. Coordonarea activităților
3. Modul de lucru în ergoterapie-coordonarea activităților

PARTEA V:

NOTIUNI ELEMENTARE DE SEMIOLOGIE PSIHATRICĂ

TULBURARILE DE ATENTIE

Atentia este procesul psihofiziologic care consta în orientarea si concentrarea selectiva a activitatii psihice asupra unui anumit segment al realitatii interioare sau exterioare.

Într-o alta terminologie atentia mai poarta denumirea de functie sau proces "**prosexic**".

Patologia psihiatrica cuprinde numeroase situatii în care atentia este perturbata (**disprosexii**).

Tulburarile de atentie se pot clasifica din punct de vedere didactic dupa criterii predominant **cantitative**, în: hiperprosexii, hipoprosexii si aprosexii.

1. Hiperprosexia:

Reprezinta o *exagerare a procesului prosexic*.

Apare în: stari maniacale, stari de usoara intoxicatie, stari de excitatie în general etc.

Exista situatii când hiperprosexia are un caracter selectiv: depresiile psihotice, cenestopatii si hipocondrii, deliranti, obsesionali si fobici

2. Hipoprosexia:

Se refera la situatiile în care *procesul prosexic este diminuat*.

Apare în: surmenaj, oligofrenii, demente, stari confuzionale, schizofrenie etc.

3. Aprosexia:

Reprezinta *nivelul maxim la care poate ajunge o hipoprosexie*. Se poate întâlni în oligofrenii profunde sau demente avansate.

TULBURARILE DE PERCEPTIE

Senzatiile sunt procese psihice elementare, care reflecta diferitele însusiri elementare (culoare, forma, gust, miros etc.) ale obiectelor si fenomenelor lumii exterioare, precum si stările interne ale organismului, în momentul actiunii nemijlocite a stimulilor respectivi asupra receptorilor.

Spre deosebire de senzatii, **perceptiile** reflecta în constiinta persoanei obiectele si fenomenele lumii înconjuratoare în întregime, în ansamblul însusirilor lor, adica atat în ce priveste proprietatile elementare cat si a relatiilor dintre acestea, atunci când aceste obiecte si fenomene actioneaza nemijlocit asupra receptorilor.

Perceptiile nu se reduc la o suma de senzatii ci constituie o forma calitativ distincta de cunoastere senzoriala a lumii reale.

Ca si în cazul senzatiilor , perceptiile sunt legate în diferite moduri de alte procese psihice, cum ar fi memoria, gândirea , imaginatia, atentia , au o anumita coloratura emotionala si sunt orientate selectiv de catre motivatie.

Tulburarile de perceptie se clasifica dupa criteriile **cantitative si calitative**.

Cele mai importante tulburari de perceptie sunt cele de tip **calitativ**, fiind reprezentate de :

1. Iluziile patologice:

Sunt perceptii deformate **“cu obiect”** (excitantul exista in realitate) care nu pot fi corectate prin confruntarea cu realitatea (vizuale, auditive, olfactive, gustative, tactile etc.). In spatele lor se ascund convingeri delirante. Sunt simptome de boala psihica grava (tulburare psihotica).

2. Halucinatiile.

Definitia unanim acceptata care se atribuie acestor tulburari de perceptie este aceea de **"perceptie fara obiect"**. Spre deosebire de iluziile patologice unde excitantul real este prezent, în cazul halucinatiilor acesta lipseste.

În cazul halucinatiilor obiectul sau fenomenul perceput are o **proiectie spatiala** (vocile halucinatorii vin de dincolo de geam, de dincolo de usa etc) iar bolnavul nu are critica aspectului patologic al acestui gen de perceptie, el fiind convins de realitatea existentei celor percepute.

Ca si în cazul iluziilor patologice, halucinatiile se clasifica în functie de modalitatea senzoriala pe care o îmbraca (auditive, vizuale olfactive, tactile etc)

Tonalitatea emotionala pe care o trezesc halucinatiile vizuale poate sa fie diferita.

Halucinatiile, sub diferitele lor aspecte, apar într-o serie de tulburari psihotice: schizofrenie, parafrenie, psihoze halucinatorii cronice, psihoze halucinatorii pe fond organic, sindroamele psihoorganice acute (starile confuzionale), intoxicatii cu substante halucinogene (psihodisleptice) etc.

3. Pseudohalucinatiile:

Se aseamana cu halucinatiile prin faptul ca reprezinta tot **perceptii fara obiect** dar se deosebesc prin **lipsa proiectiei spatiale**, bolnavul având impresia ca aceste acte perceptive se petrec undeva **în spatiul sau subiectiv**, în minte sau în gând.

Ca si halucinatiile, pseudohalucinatiile se clasifica în functie de modalitatile senzoriale: auditive, vizuale, olfactive, gustative, tactile, viscerele si kinestezice.

Apar într-o serie de tulburari psihotice cum ar fi schizofrenia, parafrenia, psihozele schizofreniforme pe fond organic etc.

TULBURARILE DE MEMORIE

Memoria este procesul psihic prin care se realizeaza înregistrarea, pastrarea si reactualizarea (evocara) la nevoie a informatiilor provenite dn mediul inconjurator sau interior sub forma recunoasterii sau reproducerii a experientelor cognitive, afective si volitive.

În contrast cu procesul de engramare (înregistrare) si în legatura cu aspectul activ-selectiv al acesteia trebuie amintit si preprocesul de **uitare**, care se exercita în primul rând asupra evenimentelor si aspectelor nesemnificative ale existentei.

Tulburările de memorie se întâlnesc destul de frecvent în psihopatologie și sunt cunoscute și sub denumirea generică de "**dismnezii**".

Din punct de vedere didactic tulburările de memorie se clasifică în: dismnezii cantitative (hipermnezia, hipomnezia și amnezia) și dismnezii calitative (paramnezii).

3.1. Dismnezii cantitative:

1. Hipermnezia:

Este caracterizată printr-o exagerare a funcției mnemonice, în special a evocarilor, care apar multiple, tumultuoase și cu o marcantă tendință involuntară îndepărtând subiectul de preocupările impuse de conjunctura prezentă. Poate avea un caracter general sau selectiv.

Apare în:

- Paranoia sau tulburarea de personalitate de tip paranoiac
- Stări febrile
- Intoxicatia cu substanțe euforizante (eter, barbiturice, substanțe psihodisleptice)
- Stări hipnotice (induse prin hipnoză)
- Stări psihogene (stări emotionale deosebit de puternice cauzate de diferite evenimente de viață)
- Tulburarea de personalitate de tip psihasten (anancast) – oameni exagerat de scrupuloși, inclinați spre a realiza lucrurile în cele mai mici amănunte și a le reține pe acestea.

2. Hipomnezia:

Reprezintă diminuarea, în diferite grade, a funcției mnemonice.

Apare în:

- Surmenaj (stare de oboseală acumulată)
- Unele stări nevrotice
- Consecutiv deficitului de atenție
- Oligofrenii
- Demente

3. Amnezia:

Significă pierderea totală a capacității de fixare și/sau evocare a evenimentelor.

Luând ca punct de referință momentul debutului bolii deosebim:

- Amnezii de fixare (anterograde)
- Amnezii de evocare (retrograde)

a) Amnezia de fixare (anterograde)

Constă în imposibilitatea de a mai fixa mnezic evenimentele petrecute după debutul bolii (spre ex. după un traumatism cranio-cerebral sau după instalarea unei stări confuzionale) în timp ce amintirile anterior fixate sunt bine conservate, putând fi redată cu ușurință.

Apare în:

- Stări confuzionale
- Sindrom Korsakov (de cauză alcoolică, traumatică toxică sau infecțioasă)
- Debutul unor demente
- Stări reactive psihogene

b) Amnezia retrogradă

Se întâlnește în situațiile în care este afectată în primul rând funcția de evocare a memoriei referitoare la evenimentele care s-au produs înainte de debutul bolii, funcția de fixare mnezică putând fi încă destul de bine conservată.

Aceasta forma de amnezie are un caracter progresiv, întinzându-se treptat spre trecut, putând ajunge pâna în copilărie.

Apare de obicei la debutul și în perioada de stare a dementelor.

c) Amnezia antero-retrograda:

De cele mai multe ori, amneziei retrograde i se asociază și caracterul anterograd, realizând o veritabilă amnezie antero-retrogradă.

Acest tip de amnezie este întâlnit, ca și cel de mai sus, cu preponderență în stările dementiale, crize epileptice, după electrosoc, traumatisme cranio-cerebrale etc.

O formă specială de amnezie este **amnezia selectivă** (psihogenă):

În aceste situații informațiile au fost bine fixate dar evocarea lor voluntară este imposibilă întrucât evenimentele respective au fost acompaniate de o stare afectiv-negativă deosebit de intensă (situații, nume proprii, limbi străine etc). Reactualizarea acestor informații este posibilă doar în condiții speciale (narcoanaliza, hipnoza etc)

3.2. Dismnezii calitative (paramnezii):

Reprezintă amintiri deformate, false, neconcordante cu realitatea, fie sub aspectul desfășurării lor cronologice (confundă trecutul cu prezentul), fie sub aspectul apartenenței sau nonapartenenței la propria persoană (Lucruri tratate sunt prezentate ca fiind citite prin cărți sau auzite iar lucruri citite, auzite sunt prezentate ca fiind tratate de subiect).

Prin analogie cu iluziile și halucinațiile din cadrul tulburărilor de percepție tulburările calitative de memorie sunt descrise ca "iluzii" și "halucinații" de memorie

1. "Iluziile" de memorie:

Reprezintă evocări eronate ale unor fenomene sau acțiuni, **trate în realitate de bolnav**, dar care nu sunt încadrate în timpul și spațiul real (confundă trecutul cu prezentul), sau nu sunt recunoscute ca proprii sau străine, ca tratate sau netratate (Lucruri tratate sunt prezentate ca fiind citite prin cărți sau auzite iar lucruri citite, auzite sunt prezentate ca fiind tratate de subiect).

Iluzii de memorie pot să apară în

- perioada de început și de stare a dementelor
- în stări confuzionale,
- crize de epilepsie de lob temporal

- în tulburări psihotice cum ar fi schizofrenia, parafrenia și paranoia. În cazul tulburărilor psihotice, **impresia** de tulburare mnezică sub aspectul iluziilor de memorie este generată de existența ideilor delirante care conferă noi interpretări ale amintirilor existente.

2. "Halucinațiile" de memorie

Se mai numesc și "**confabulații mnestice**". Ele constau în reproducerea unor evenimente imaginare, pe care bolnavul nu le-a trăit, el fabulând asupra trecutului cu convingerea că îl evocă (spre deosebire de minciuna, în care subiectul este conștient că spune un neadevr și urmărește în același timp un anumit beneficiu).

Confabulațiile au fost denumite "halucinații de memorie" prin analogie cu percepția fără obiect care definește halucinația, în cazul confabulației fiind vorba despre reproducerea unor "amintiri" ireale, netratate de bolnav.

Cel mai adesea confabulațiile apar în așa-numitul sindrom Korsakov (caracterizat prin triada: amnezie de fixare, confabulații, dezorientare temporo-spatială).

TULBURARILE DE GANDIRE

Gândirea reprezintă procesul cognitiv de însemnatate centrală în reflectarea realului care, prin intermediul **operatiilor gândirii** (analiza, sinteza, generalizarea, comparatia, abstractizarea, emiterea de judecati și legarea lor în rationamente) permite o **reflectare indirectă** a realității pornind atât de la înfățișările parvenite la nivelul SNC prin intermediul analizatorilor cât și de la cele stocate deja în memorie ca prilejul experiențelor axistentială anterioare.

În psihopatologie, tulburările gândirii se clasifică din punct de vedere didactic în: tulburări de formă și tulburări de conținut.

Tulburările de formă

Cuprind tulburările de **ritm** și **coerență** a gândirii.

A) Sub aspectul **ritmului** deosebim :

1. Accelerarea ritmului ideativ

Se exteriorizează în plan verbal prin accelerarea vorbirii (**tahilalie**) și creșterea debitului verbal, fenomen cunoscut sub denumirea de **logoree**. Poate fi însoțită de accelerarea tuturor proceselor psihice, aspect numit "**tahipsihie**".

În mod tipic accelerarea ritmului ideativ se întâlnește în **stările maniacale** unde poate conduce la așa-zisa "**fuga de idei**", care în variantele ei mai exprimate poate crea impresia de incoerență a gândirii și, respectiv, a vorbirii. (bolnavul începe să expună o anumită idee, dar face o paranteză pe care uită să o mai închidă, deoarece în mintea sa apare între timp o altă idee, "mai importantă", care trebuie "neapărat" comunicată auditorului. În felul acesta, deschizând paranteze după paranteze pe care nu le mai închide nu se mai știe de unde a pornit și unde vrea să ajungă discursul pacientului, per ansamblu gândirea și, respectiv, vorbirea dobândind aspectul aparent de incoerență.

Accelerarea ritmului ideativ **mai poate fi întâlnită în**: stări de ebrietate, intoxicații ușoare cu substanțe euforizante, stările de excitație psihomotorie din schizofrenie, surmenaj etc.

2. Încetinirea ritmului ideativ

Mai poartă denumirea de "**lentoare ideativă**" și poate să apară în contextul mai general, al încetinirii tuturor proceselor psihice, fenomen cunoscut sub denumirea de "**bradipsihie**".

În plan verbal bradipsihia se exprimă prin "**lentoarea limbajului**" (**bradilalie**)

Lentoarea ideativă poate fi întâlnită în: stări de epuizare fizică și psihică, convalescența după boli somatice, afecțiuni neurologice de tip extrapiramidal, stări confuzionale, depresii, schizofrenie (uneori sub aspectul impresiei de oprire completă a gândirii ceea ce poartă denumirea de « **baraj ideativ** », oligofrenii, demente etc.

B) sub aspectul **coerenței** :

În condiții de **normalitate** psihică gândirea este **coerentă**, adică logică, organizată.

În unele **situații psihopatologice** gândirea devine **incoerentă**, adică se pierde legăturile logice dintre idei.

În forma ei extremă poartă denumirea de "**salată de cuvinte**"

Incoerența gândirii **poate să apară în**:

- schizofrenie (consecință a disocierii ideative),

- stări confuzionale (rezultat al dezorganizării psihice globale),
- demente (expresie a deteriorării cognitive), și
- stări maniacale (datorită fenomenului de fuga de idei).

4.2. Tulburări de conținut

Se referă la felul în care poate fi perturbat conținutul ideativ al gândirii.

1. Fenomenele obsesive

Reprezintă gânduri, idei cu caracter evident absurd, în contradicție cu sistemul de valori ale pacientului, care se impun conștiinței cu o forță deosebită, având un caracter parazitar, caracter pe care bolnavul îl recunoaște ca atare și împotriva căreia luptă pentru a le îndepărta, fără însă să reușească. Acest lucru induce subiectului o stare de mare anxietate și îl determină să-și pună întrebări foarte serioase cu privire la sănătatea sa mintală.

Fenomenele obsesive se pot prezenta nu doar sub forma de idei obsesive, ci pot îmbracă și forma unor amintiri și reprezentări obsesive, impulsuri obsesive, acțiuni obsesive (ritualuri sau compulsii) și frici obsesive (fobii).

Astfel de fenomene pot să apară în: nevroza obsesiv-compulsivă, nevroze fobice, tulburarea de personalitate de tip psihastenic, surmenaj, debutul sau regresivitatea unor psihoze etc.

2. Convingerea sau ideea delirantă

Reprezintă o convingere neconformă cu realitatea care se caracterizează prin faptul că este impenetrabilă la contraargumentare și la confruntarea cu însăși realitatea, al cărui caracter anormal subiectul nu-l sesizează și care modifică în sens patologic comportamentul și concepțiile bolnavului.

Pacientul delirant nu se consideră bolnav (spre deosebire de obsesiv care sesizează caracterul nenormal al respectivelor fenomene), el consideră doar că are probleme de viață (este urmărit, persecutat, interceptat prin diferite mijloace tehnice etc.)

Clasificare:

1. După mecanismul de instalare se disting următoarele posibilități:

- **Dispoziția delirantă:** bolnavul simte că ceva este pe cale să se întâmple, că ceva "plutește în aer". Este o trăire care precede instalarea propriu-zisă a delirului.

- **Intuiția delirantă:** este o formă de instalare bruscă a convingerii delirante (eventual pe fondul dispoziției delirante descrise anterior) asemănătoare unei "**revelații**" acceptată ca pe un "postulat" (adevăr evident, care nu necesită demonstrație).

- **Percepția sau interpretarea delirantă:** subiectul porneste de la o constatare (percepție) reală careia îi dă o interpretare delirantă, incongruentă cu realitatea.

2. După gradul de sistematizare

Pornind de la revelația delirantă inițială bolnavul caută să găsească o explicație logică a ceea ce i se întâmplă. Astfel se ajunge la "construcția delirantă" care poate avea un aspect mai mult sau mai puțin sistematizat (organizat și argumentat din punct de vedere logic).

Gradul de sistematizare a unei construcții delirante este redus sau absent în schizofrenie, stări confuzionale etc (construcția delirantă este haotică, neargumentată, schibatoare de la o examinare la alta și nesustenută emoțional, relatată parca, destul de frecvent, cu detașare) și este maxim în paranoia (întreaga construcție delirantă este absolut logică, bine argumentată și puternic susținută emoțional, în asemenea măsură încât paranoicul poate convinge, deci induce în propriul sau delir și alte persoane,

eventual insuficient informate, doar ca premisa de la care se poreneste este falsa, ea fiind reprezentata de revelatia deliranta sau interpretarile delirante initiale).

3.Dupa tematica deliranta

Temele productiilor delirante sunt extrem de variate si depind de mai multi factori, printre care tipul premorbid de personalitate, coeficientul de iteligenta, capacitatile imaginative, gradul de instructie, modelul cultural precum si de întreg capitalul de informatii de care dispune persoana respectiva, petru ca în definitiv, nimeni nu poate delira în afara de ceea ce a citit , a auzit, a vazut, si-a imaginat etc.

Unul dintre cele mai utilizate criterii de clasificare a temelor delirante este reprezentat de tipul de dispozitie afectiva pe cere ele apar si evolueaza.

Raportat la acest criteriu temele delirante se clasifica astfel:

1. Idei delirante expansive (macromanice):

Poarta aceasta denumire întrucât evolueaza pe un **fond de dispozitie cu note hipertimic pozitive (euforie)**.Printre ele pot fi mentionate: idei de marire si bogatie (convingerea de a fi posesorul unor averi importante sau de a ocupa un rang social important), idei de inventie, idei de reforma (pareri delirante despre cum ar putea subiectul sa schimbe lumea), idei de filiatie (descindere din familii vestite), idei erotomanice (convingerea eronata de a fi iubit sau iubita de o persoana cu rang înalt), idei mistice sau religioase (bolnavul se crede un trimis al divinitatii pe pamânt si are convingerea investirii sale cu misiuni importante de natura religioasa).

Astfel de productii delirante pot spara în stari maniacale, schizofrenie, paranoia etc.

2. Idei delirante depressive (micromanice).

Apar **pe fondul unei dispozitii de coloratura hipertimic depresiva**.Printre acestea pot fi amintite: idei de autoacuzare si vinovatie (convingerea deliranta de a fi vinovat pentru tot felul de fapte pe care în realitate nu le-a comis), idei de negatie (anumite organe din corp au disparut sau putrezit etc), idei hipocondriace (convingerea eronata de a fi bolnav), idei de transformare si posesiune (delir zooantropic, de transformare în animale sau monstri), idei de gelozie (bolnavul crede la modul delirant ca este însealat de partenerul de viata), idei de relatie (este comentat de ceilalti la modul negativ), idei de revendicare (crede eronat ca este victima unei nedreptati), idei de persecutie (simte ca ceilalti îi vor raul etc).

Astfel de convingeri delirante pot sa apara în depresii psihotice, schizofrenie, deliruri cronice sistematizate, paranoia, debutul unor demente etc.

3. Idei delirante mixte (combinate)

Notiunea de "mixt" nu se datoreaza amestecului temelor delirante ci **ambiguitatii tonalitatii afective** pe fondul careia acestea apar, în sensul ca ele pot surveni atât pe fond hipertimic pozitiv, cât si pe fond timic negativ.

Dintre acestea pot fi mentionate: ideile de persecutie, ideile de influenta, ideile de interpretare etc. (cu mentiunea ca interpretarea ramâne o caracteristica comuna a tuturor ideilor delirante).

TULBURARILE DE AFECTIVITATE

Omul nu se raporteaza indiferent la realitate, dimpotriva, obiectele, fenomenele, evenimentele care actioneaza asupra lui au un ecou, o rezonanta în constiinta sa, trezesc la viata anumite **trebuinte**, corespund sau nu nevoilor lui. **Procesele afective** sunt rezultatul **confruntarii** dintre **nevoile interne (motivatie)** si **realitatea** inconjuratoare. **Satisfacerea cerintelor interne genereaza placere, multumire, entuziasm, bucurie în timp ce nesatisfacerea lor duce la neplacere, nemultumire, tristete etc.**

În cadrul proceselor afective importanta prezinta nu atât obiectul, cât **semnificatia** pe care acesta o are pentru subiect.

Procesele afective fac legătura între sistemul psihic si organism deoarece, prin intermediul lor devine posibila mobilizarea energetica a acestuia, tensionarea sau detensionarea individului în situatiile în care împrejurarile exterioare o cer, procesele cognitive, desi necesare , nefiind suficiente.

Expresiile emotionale îndeplinesc roluri importante în comportamentul omului. Dintre acestea mai semnificative sunt: rolul de **comunicare**, rolul de **influentare** a conduitei altora, rolul de **autoreglare** în vederea unei mai bune adaptari la realitate, rolul de **contagiune**, rolul de **accentuare sau diminuare a însasi starii afective**.

În patologia psihiatrica **tulburarile afectivitatii** sunt clasificate dupa criteriile **cantitative si calitative**.

Înainte de prezentarea lor este important sa precizam continutul semantic a termenului **eutimie** care defineste starea de confort si bine afectiv.

Tulburarile cantitative:

1.Hipertimia

Hipertimia negativa sau depresiva: reprezinta o exagerare pâna la limita extrema a trairilor afective orientate spre polul negativ (tristete extrema)

În general aceasta tulburare afectiva apare în starile depresive de diferite cauze si intensitati, în mod tipic fiind întâlnita în faza depresiva (melancolica) a psihozei maniaco-depresive.

Apropiata ca traire de polul negativ al tulburarilor afective este si **anxietatea**, care poate fi definita ca o teama difuza, fara un obiect clar.Ea poate fi întâlnita si la omul normal în anumite situatii dar, în momentul în care atinge o amplitudine clinica (patologica) poate determina scaderea randamentului, a capacitatii de adaptare (în nevroze) sau poate dezorganiza conduita (stari psihotice).

O varietate a anxietatii este **angoasa sau panica** care reprezinta o anxietate cu un puternic acompaniament somatic

Hipertimia pozitiva sau euforia: reprezinta exagerarea dispozitiei în sensul veseliei, al bucuriei (sine materia), al fericirii "în sine si pentru sine".

În mod tipic apare în faza maniacala a psihozei maniaco-depresive.Mai poate sa apara în: intoxicatii usoare cu substante euforizante,stari febrile, demente, ologofrenii, sindroamele maniacale din organice, stari febrile etc.

Labilitatea afectiva reprezinta o alternanta a dispozitiei între euforie si depresie sau chiar mânie.

Apare în: stari maniacale (unde tristetea are un caracter superficial sau chiar efemer), oligofrenii, tulburari de personalitate.

Incontinenta afectiva reprezinta forma extrema a labilitatii afective (trecerea rapida sau incoercibila de la o stare emotionala la opusul ei). Poate fi intalnita in arterioscleroza cerebrala.

2. Hipotimia: reprezinta scaderea, in grade variabile, a tensiunii afective si elanului vital pâna la nivelul de **apatie si indiferenta**, cu diminuarea corespunzatoare si proportionala a **expresivitatii mimico-pantomimice**.

Se intalneste in idiotie (retard mintal sever), demente, stari confuzionale, stari posttraumatice cranio-cerebrale etc.

3. Atimia (indiferentismul afectiv) se refera la situatiile in care avem de-a face cu scaderi foarte accentuate a capacitatii de rezonanta afectiv-emotionala sau chiar abolirea completa a acesteia.

In afara de idiotie, demente si stari confuzionale atimia poate fi intalnita in catatonie si, cazul cel mai tipic, in **starile defectuale din schizofrenie**.

Un termen aproximativ echivalent cu cel de atimia este notiunea de **apatie**. Continutul semantic este asemanator, uneori difera insa nuanta in sensul ca acest termen poate defini si situatii in care trairile afective sunt extrem de reduse, in primul rand datorita lipsei de interes.

Tulburarile calitative (paratimii)

Reprezinta **reactii afective denaturate si inadecvate, uneori paradoxale** fata de motive, situatii evenimente.

Pot sa apara la persoane care trec prin momente intens psihotraumatizante, stari reactive, si, mai ales, in **schizofrenie**.

Dintre paratimii se citeaza câteva aspecte mai deosebite:

- *inversiunea afectiva* (schizofrenie, delirul de gelozie,, paranoia.): transformarea sentimentelor de iubire, atasament etc. fata de persoane apropiate in opusul lor (ura, ranchiuna etc).

- *ambivalenta afectiva* (schizofrenie): stari afective opuse care apar simultan.

INSTINCTELE SI TULBURARILE LOR

Instinctele sunt **însusiri înnascute** care au ca scop **satisfacerea unor trebuinte** biologice vitale pentru individ. Comportamentul este in mare masura determinat de instincte. Ele sunt denumite de psihanalisti **pulsiuni**, fiind legate nemijlocit de mentinerea homeostaziei si satisfacerea nevoilor vitale.

Unele au ca scop si finalitate **apararea integritatii fizice si a vietii individului** (foamea, setea, apararea). Altele ca scop **perpetuarea speciei (sexualitatea)**.

Tulburarile instinctului de aparare

In mod normal acest instinct asigura integritatea fizica a individului in fata unor situatii circumstantiale care ii pun in pericol viata. Acest instinct este legat **de agresivitate** care este si ea un caracter esential al tuturor fiintelor. Majoritatea autorilor considera ca între agresivitate si instinctul sexual exista strânse legaturi.

În psihiatrie sunt descrise tulburari ale acestui instinct în diferite boli manifestate fie prin amplificarea fie prin diminuarea lor. În general se considera ca **agresivitatea poate fi constitutională sau câștigată (în cazuri patologice)**. Agresivitatea constitutională apare în contextul unei structurări dizarmonice cu deosebire de tip epileptoid și paranoiac. Ca atare, manifestările agresive sunt mai frecvent întâlnite la cei cu tulburări de personalitate (psihopati). Agresivitatea este relativ frecventă și în alte boli psihice (paranoia, schizofrenie, manie, etc) la toxicomani și la persoanele cu sechele neuropsihice după traumatisme cranio-cerebrale și meningoencefalită. În aceste cazuri ea este consecința bolii psihice sau somatice cu impact negativ asupra creierului.

În determinismul conduitei agresive și în exacerbarea ei un rol important îl au factorii socio-culturali și economici (educația greșită, instrucția școlară insuficientă, somajul, marginalizarea socială, etc). Nu este de neglijat influența pe care o are difuzarea prin mass-media, în special televiziune, a unor producții cinematografice în care abundă scenele de violență și așa zis erotice (unele la limita pornografiei).

În psihiatrie instinctul de apărare poate fi modificat în multe boli psihice fie în sensul exacerbării agresivității, fie în diminuarea ei. **Cresterea agresivității** o întâlnim în anumite circumstanțe în psihopatii, în alcoolismul cronic, farmacodependențe, după traumatisme cranio-cerebrale, epilepsie, etc. **Diminuarea instinctului de apărare** apare în stările dementiale, retardul mintal, depresie, schizofrenie, etc. Se observă faptul că declanșarea agresivității sau diminuarea ei poate apărea în aceeași boală psihică. De pildă, în alcoolismul cronic, în unele cazuri se constată conturarea unui comportament cu note de agresivitate, reacții violente iar în altele o diminuare care se poate finaliza într-un act autolitic. Diminuarea instinctului de apărare poate merge până la abolirea lui, fapt ce favorizează **sinuciderea**. Tentativele de sinucidere și sinuciderea reușită se întâlnesc mai frecvent în stările depresive de intensitate psihotică (cu delir micromanic), în epilepsie, alcoolism cronic, stări reactive, psihoze de involuție, etc. **Automutilarea** este alta formă de manifestare dramatică de diminuare a instinctului de apărare și constă în amputarea unui membru (de regula mâna), a limbii sau în provocarea de leziuni corporale grave ca urmare a unei stări psihotice cu delir de autoacuzare și culpabilitate (ex. în melancolie).

Tulburările instinctului alimentar

Pentru individ instinctul alimentar este indispensabil pentru menținerea vieții. Lipsa hranei și mai ales a apei determină moartea individului după un interval de timp relativ scurt. Se apreciază că omul nu rezistă decât câteva săptămâni fără să mănânce și mai puțin fără să bea apă, interval de timp după care apar tulburări organice (metabolice) și psihice grave, până la deces.

Instinctul alimentar este perturbat nu numai în unele boli organice dar și în cele psihice. Aceste tulburări pot fi împartite în trei grupe sau categorii:

1. Tulburări caracterizate de creșterea apetitului alimentar,
2. Tulburări caracterizate de scăderea apetitului și
3. Tulburări ce constau în pervertirea instinctului alimentar.

Exagerarea instinctului alimentar

Este cunoscută sub denumirea de **polifagie sau bulimie**. În psihiatrie o întâlnim în stările dementiale, retardul mental, unele forme de schizofrenie (cronică). Bolnavii consumă cantități mari de alimente ceea ce determină o creștere în greutate peste limita normală. Această ingestie excesivă se face adesea prin accese însoțite sau nu de senzația crescută de foame. Întrucât polifagia nu este o manifestare întâlnită numai în psihiatrie;

trebuie reținut ca ea apare și în bolile organice ca de exemplu în diabet, tumori diencefalice, etc. Perioade mai scurte de consum excesiv de alimente, dulciuri le întâlnim și la unii nevrotici confrunțați cu situații conjuncturale stresante. De asemenea bulimia poate fi componentă simptomatică în anorexia mintală (unde alternează cu perioada de anorexie). Exagerarea consumului de lichide - de apă - care se numește potomanie o întâlnim în nevroze.

Scaderea instinctului alimentar

Poate avea intensități variabile. Forma cea mai simplă și comună în întreaga patologie-atât somatică (organică) cât și psihiatrică este **inapetenta**. Constă în diminuarea apetitului pe durate de timp variabile (zile-săptămâni), adesea însoțite de o stare discretă de disconfort psihic. Cauza inapetentei poate fi organică (în boli ale aparatului digestiv, cancer, etc) sau psihică (depresii ușoare, nevroze, etc). Pierderea apetitului- anorexia- este forma gravă a tulburării instinctului alimentar întâlnită în melancolie, depresia nevrotică și este un simptom important în anorexia mentală alături de amenoree și casexie (vezi cap. Nevroze). O conduită alimentară relativ frecvent prezenta prezenta în patologia psihiatrică este refuzul de alimente sau **sitiofobia** determinat de tulburări majore ale psihismului. Refuzul alimentar poate fi complet, chiar și pentru lichide (apă sau orice altă băutură). El poate apărea în contextul simptomatologic al depresiei grave (melancolie) determinat de idei delirante micromanice (de vinovăție, ruină) și/sau de halucinații auditive imperative. Uneori refuzul alimentar traduce dorința și intenția bolnavului de a se sinucide, fiind una din metodele de realizare. De asemenea, în schizofrenie și în general în psihozele delirante cronice, refuzul alimentar este destul de des întâlnit. El este consecința unor idei delirante paranoide, de otrăvire, de influență exterioară (vocele îi comandă să nu se mai alimenteze), de negație și hipocondriace (absența organelor digestive, incapacitatea de a digera alimente, etc). **Refuzul alimentar sau sitiofobia trebuie deosebite de greva foamei**. În primul caz comportamentul alimentar este consecința unor tulburări psihice importante, aproape caracteristice unor boli ca melancolia, schizofrenia față de care discernământul bolnavului este abolit. Ca atare în această situație se impune instituirea tratamentului corespunzător bolii psihice și uneori la hrănirea artificială prin sondă esofagiană, perfuzii sau clisma alimentară deoarece prelungirea perioadei de refuz poate avea consecințe grave: denutriția până la casexie și moarte.

Greva foamei, care practic este tot o formă de refuz alimentar spre deosebire de sitiofobia întâlnită la bolnavii psihici, este o manifestare a indivizilor considerați normali și având discernământ. Greva foamei este o modalitate de protest a unor oameni care se consideră prejudiciați sau neîndreptățiți și care revendică prin această manifestare anumite "reevaluări" și "corecturi" din partea instituțiilor statului care, în opinia lor, le-au lezată drepturi civile, politice, economice, etc.

Pervertirea instinctului alimentar

Constă în **ingerarea de materii necomestibile** și o întâlnim în tulburările psihice grave: retardul mental sever și demența. În aceste cazuri găsim adevărate "bizarerii" alimentare, bolnavii consumând materiale din cele mai neobisnuite, de la lemn la metale. În această categorie de tulburări au fost descrise: **pica**- forma de perversiune ce apare la unele femei gravide caracterizată prin dorința de a consuma cretă, nisip; **coprofagia**- care constă în ingerarea de materii fecale (apare la dementi și oligofreni); **geofagia**- ingestia de pământ și lut care apare la aceeași categorie de bolnavi.

Ele pot beneficia de un anumit tratament care se aplica în mod obisnuit în dementa si oligofrenie, pentru a se corecta atât cât este posibil comportamentul acestor bolnavi.

Tulburările instinctului sexual

Sexualitatea, manifestare a **instinctului de reproducere**, fundamental pentru conservarea speciei umane trebuie abordată sub mai multe aspecte: biologic-genetic, morfofiziologic, psihologic, sociocultural si moral si juridic (în anumite circumstanțe).

Totii cercetătorii sunt de acord ca:

1. scopul si finalitatea instinctului sexual este reproducerea în vederea perpetuarii speciei;
2. modalitățile si "mecanismele" prin care se realizează reproducerea sunt diferite, la individul uman prin heterosexuality (la fel ca la toate vertebratele);
3. la om comportamentul sexual poate fi considerat ca rezultat al unui proces de comunicare.

Manifestarea **instinctului sexual poate fi tulburată devenind fie disfuncțională, fie deviată (pervertită)**. Aprecierea acestor tulburări se face pe baza faptului ca realizarea actului sexual necesită un "obiect" care este persoana de sex opus si un scop care este actul sexual propriu-zis. Un alt criteriu de apreciere se referă la posibilitatea si capacitatea efectivă, reală a individului de a realiza un raport sexual. **Perturbarile sexualității** se întâlnesc frecvent si ele sunt împărțite în **două categorii** distincte:

1. tulburări ale dinamicii sexuale (ale capacității de inițiere, derulare si finalizare a raportului sexual) si
2. tulburări ce vizează obiectul si scopul- denumite deviații sexuale sau parafilii.

1. Tulburările de dinamică sexuală

În mod normal raportul sexual presupune din partea subiecților dorința sau "apetitul" sexual si posibilitatea efectuării lui, cu obținerea în final a orgasmului. Din acest punct de vedere, **tulburările pot fi ale apetitului**, care constau în exagerarea sau diminuarea lui, si **ale potenței si incapacității obținerii orgasmului** (mai frecvent la sexul feminin).

Exagerarea apetitului sexual la bărbați este cunoscută sub denumirea de **satiriazis** care poate apărea în contextul unui bufeu delirant sau a unei tumori cerebrale. Dar, asemenea manifestări mai pot fi si consecința abuzului de afrodisiace, droguri (ca de ex. Extasy). La sexul feminin exacerbarea apetitului sexual este considerată ca mult mai rar întâlnită si este cunoscută în literatura de specialitate sub denumirea de **nimfomanie**. Trebuie subliniat faptul ca aprecierea si etichetarea unor persoane ca având un comportament sexual exagerat este destul de greu de făcut întrucât granițele normalității sexuale sunt încă subiect de discuții si controverse. Se recunoaște însă faptul ca eroticitatea subiectivă a fiecărui individ si temperamentul sau sexual depind de fondul constituțional si de mulți factori externi: biologici, psihologici si sexuali, care nuantează în mare măsură comportamentul sexual.

Diminuarea până la dispariția apetitului sexual **la femei** are un nume comun de **frigiditate**. Unii sexologi consideră acest termen prea general si propun o discriminare capabilă să definească două aspecte diferite: 1. lipsa dorinței sexuale- numită **anafrodisie** si 2. Lipsa orgasmului -numită **anorgasmie**. Cauzele care provoacă această tulburare sexuală sunt numeroase si variate (organice si psihologice) si sunt studiate de sexologi în colective multidisciplinare (cu ginecologi, psihiatri, endocrinologi, psihologi, etc.).

La bărbați tulburările dinamicii sexuale (termenul a fost mai recent înlocuit cu cel de **disfuncții sexuale**) îmbracă două aspecte majore în raport cu capacitatea de erecție si

ejaculare. Astfel, în cadrul tulburării de erecție se descriu ca forme clinice mai frecvent întâlnite: 1. **Erectia insuficienta** (rigiditate incompleta a penisului), 2. **Erectia instabila** (rigiditatea peniană dispare după sau în momentul intromisiunii), 3. **Erectia capricioasa** (prezintă oscilații în funcție de circumstanțele cele mai variate, solitudine, oboseala, masturbare, partenera etc), 4. **Erectia nula (absenta)**- ea nu se produce niciodată, indiferent de prezenta celor mai favorabile oportunități și, evident, nici spontan.

În **tulburările ejaculării** și orgasmului trebuie menționat faptul că orgasmul la barbat nu depinde nici de vigoarea contractiilor expulzive și nici de abundența masei spermatice emise în timpul ejaculării. Sunt cunoscute destul de multe cazuri de oameni care au orgasm fără emisie de sperma. Cele mai importante forme sunt: **absenta ejaculării** (orgasm fără emisie de sperma), **ejacularea retrograda** (orgasm normal dar cu dirijarea spermei spre vezică), **ejacularea precoce- prematura** (survine prea repede, uneori înainte de intromisiunea penisului, așa numită ejaculare anteportas)- este tulburarea cea mai frecventă.

Disfuncțiile sexuale atât la femei, cât mai ales la bărbați, au la origine o gamă largă de fie de boli organice (endocrine, neurologice, dismetabolice, psihice, cardiovasculare, etc) fie de factori externi (ex. numeroși agenți stresori ambientali psihologici, fizici și sociali).

2. Tulburările comportamentului sexual (deviațiile sexuale).

Într-o accepțiune unanimă se apreciază că devianta orice relație sexuală care nu se realizează între doi adulți de sex opus. Se cunosc două categorii de devianțe:

1. deviații de la obiect. Este vorba de cazurile în care partenerul nu mai este de sex opus ci de același sex și în acest caz vorbim de **homosexualitate**; sau este un copil (**pedofilie**); un fetiș- obiect, parte a corpului (**fetisism**); un animal (**zoofilie**) sau un cadavru (**necrofilie**). Se constată că de fapt este o patologie a comportamentului de identificare și selecție a partenerului, "**obiectul**" sexual fiind inadecvat (animal, fetiș, copil, același sex, etc.).

2. deviațiile de la scop constau în substituirea raportului sexual propriu-zis prin diferite acte și modalități non genital sexuale. Aici sunt cuprinse: "vederea" raportului sexual (**voyeurism**) sau exhibarea organului genital (**exhibitionism**); comiterea unei agresiuni asupra obiectului sexual- în cazul **sadismului** sau acceptarea și dorința obiectului sexual de a fi agresat, umilit când vorbim de **masochism**. Gama acestor "substituiri" este destul de mare (ex. frotteurismul, salivomania, uro-coprolagnia, etc) dar mai puțin numeroase. În ultimii ani **homosexualitatea a fost mult discutată** în cercurile medicale mai ales în țările vest-europene și SUA. Rezultatul este că **ea nu mai apare în nosografia americană și europeană la capitolul parafilii** (a deviațiilor sexuale) fiind interpretată ca o tulburare de identificare și orientare sexuală.

Trebuie spus că destul de frecvent **comportamente deviante diferite se asociază la același individ** în formule diferite ca de exemplu: sadism + masochism; necrofilie + fetisism. De asemenea, remarcăm faptul că majoritatea subiecților care au comportamente sexuale aberante de tipul **necrofilie cu sau fără canibalism, zoofilie**, prezintă importante tulburări psihice (oligofrenie, demență, psihoze).

3. Tulburările de identitate sexuală

Aceste tulburări sunt caracterizate prin **discordanță care există (care este "simțită") de individ între sexul somatic și sexul psihic (de apartenență la genul feminin sau masculin)**. Ea se remarcă în **comportamentul sexual**: atitudini, vestimentație, gesturi,

selectia partenerului etc. **îmbraca doua aspecte: travestitismul** (mai putin grav) si **transsexualismul**, în contextul caruia adesea indivizii solicita cu insistenta schimbarea sexului prin interventie chirurgicala. Unii recurg la automutilatie sau sinucidere. Transsexualii pun medicilor serioase probleme atât medico-chirurgicale si psihiatrice, cât mai ales deontologice si morale. Schimbarea sexului ceruta mai ales pe cale chirurgicala, cea mai frecvent dorita, poate avea grave consecinte fizice si psihologice. De regula cei care au fost operati constata ca nu mai sunt nici barbati, nici femei, viata lor sexuala devenind practic imposibila. Ei au pierdut posibilitatea realizarii actului sexual normal, precum si pe cea a procreerii. Esecul acesta îi determina pe unii transsexuali sa devina revendicativi si sa intenteze procese medicilor care i-au operat.

În travestitism subiectii se multumesc sa poarte vestimentatia caracteristica sexului opus. Este mai frecventa la sexul masculin. În cele mai multe cazuri travestirea se face cu discretie la domiciliu si produce o emotie sexuala mai ales când este însoțita de masturbare.

În încheierea acestui capitol de sexologie este necesar sa amintim **incestul**, care consta în relatia sexuala între tata si fiica, mama-fiu sau sora-frate (este asa numitul incest intranuclear-Zwang). Este fara îndoiala un comportament sexual anormal mai frecvent initiat de tati si foarte rar de mame. Cazurile de incest se întâlnesc la unii bolnavi psihic, retardati mintal, psihopati, alcoolici si în familiile dezorganizate care traiesc în promiscuitate.

Exista de asemenea si comportamente sexuale agresive întâlnite la psihopati, debili mintali, toxicomani (alcoolici mai ales), psihotici dar si la indivizi fara tulburari psihice majore, de regula sub influenta bauturilor alcoolice. Simtul civic si moralitatea acestor indivizi sunt în mare suferinta- uneori în pofida unei bune instructii.

Violul este prototipul acestui comportament agresiv, definit ca "orice act de penetratie sexuala oricare ar fi ea (de orice fel) comisa asupra unei alte persoane prin violenta, constrângere sau surpriza". Prin aceasta se înțelege si coitul bucal si sodomizarea (coit anal). Trebuie stiut ca violul nu este posibil înainte de vârsta de 5-6 ani. Între 6 si 10 ani el provoaca leziuni perineale si vaginale considerabile. În toate cazurile de viol examenul medical este indispensabil. La femeile virgine leziunile persista dupa viol circa 7-8 zile din care motiv se impune un examen medical cât mai precoce. Importanta violului pentru victima consta în traumatismul psihic puternic ce poate avea consecinte mai mult sau mai putin grave în dezvoltarea si evolutia sexualitatii (vaginism, frigiditate, etc) fara a repertoriza eventualele sechele fizice (mai ales în violul comis asupra fetelor sub vârsta de 10-11 ani).

TULBURARILE DE VOINTA

Vointa **se defineste** ca un proces psihic complex de reglaj superior, care consta în actiuni de **mobilizare si concentrare a energiei** psihonervoase **în vederea depasirii obstacolelor** si atingerii scopurilor constient stabilite.

Tulburarile de vointa sunt cunoscute sub termenul general de "**disbulii**". Acest termen reflecta o tulburare volitionala nespecifica.

Trebuie mentionat faptul **ca tulburarilor volitionale nu au niciodata un caracter primar, ele fiind întotdeauna secundare** unei alte tulburari psihopatologice (insuficienta motivatie, motivatie aberanta, tulburare cognitiva, hipotimie si atimie).

Criteriile dupa care se clasifica tulburarile de vointa sunt atât de natura cantitativa (hiperbulia, hipobulia si abulia) cât si calitativa (parabulia).

Modificari cantitative

1. Hiperbulia: reprezinta exagerarea fortei volitionale.

Ea poate fi întâlnita atât în conditii de normalitate, când are un caracter constitutional, temperamental, cât si în situatii patologice.

Aparitia hiperbuliei poate fi observata în **starile obsesiv compulsive**, când reprezinta expresia luptei bolnavului împotriva fenomenelor obsesive care îl invadeaza, la **toxicomani**, unde are un aspect unidirectional, în sensul efortului de procurare a drogului prin orice mijloace si la **paranoici**, unde se întâlnește de asemenea un aspect selectiv, unilateral orientat, efortul volitional fiind aberant motivat.

2. Hipobulia reprezinta scaderea fortei volitionale.

Este comuna **întregii patologii psihiatrice**, cu exceptia exemplurilor de mai sus. 3. Abulia reprezinta totala lipsa de initiativa si incapacitatea de a actiona

Apare în catatonie si depresiile profunde unde realizeaza o adevarata "profilaxie" a suicidului.

Modificari calitative

Sunt tulburari ale capacitatii volitionale consecutive unei **motivatii aberante** si poarta denumirea generica de **"parabulii"**. Se întâlnesc în debutul schizofreniei, în nevrozele motorii etc.

TULBURARILE DE ACTIVITATE

Într-un sens mai restrâns prin activitate înțelegem **totalitatea manifestarilor de conduita exterioara sau mintala** care duc la rezultate adaptative

Specificul **activitatii umane** consta în faptul ca dispune de **constiinta scopului**, ca este profund **motivata**, ca opereaza cu **instrumente construite de om**, ca este **perfectibila si creativa**.

Ontogenetic activitatea este supusa unor importante schimbari, unei complicari treptate, unei transformari cu caracter ascendent.

Dupa gradul de constientizare a componentelor: **constienta (voluntara)** si **automatizata (deprinderile)**.

Disocierea dintre elementele activitatii, dintre motiv si scop, poate fi considerata ca un **simptom al dereglarii** acesteia.

Tulburarile întâlnite în sfera activitatii pot fi sistematizate didactic dupa criterii cantitative si calitative.

Tulburari cantitative

1. Hiperkinezia (tahikinezia)

Reprezinta **amplificarea activitatii psiho-motorii** dincolo de limitele normalitatii..Astfel, mimica devine hipermobila, deosebit de expresiva, iar pantomimica (gestica) ampla, continua, rapida.

În mod, tipic hiperkinezia apare în starile maniacale.Ea mai poate aparea în orice stare acompaniata de o traire afectiv-pozitiva (cum ar fi, spre exemplu, starile de usoara intoxicatie cu substante euforizante etc.).

Forma extrema a hiperkineziei este **agitatia psiho-motorie**, în care intervine si dezorganizarea actelor motorii.Ea se caracterizeaza prin trei parametri:

Stari de agitatie psiho-motorie pot sa apara în: episoadele maniacale ("furor maniacal"), schizofrenie (caracter incomprehensibil), depresiile psihotice (raptus melancolic), epilepsie ("furor epilepticus"), demente, întârzieri în dezvoltarea mintala, stari confuzionale, afectiuni organice cerebrale (vasculare, tumorale, traumatice), sindromul de impregnare neuroleptica, sindroame catatonice, stari reactive.

2 .Hipokinezia

Reprezinta o **diminuare a activitatii motorii** (inhibitie psiho-motorie) caracterizata printr-o lentoare a miscarilor (bradikinezie), a mobilitatii mimicii (hipomimie), a vorbirii (bradilalie), totul pe fondul unei încetiniri generale a activitatii psihice (bradipsihie).

Poate sa apara în depresii, epilepsie, sindromul parkinsonian organic sau neuroleptic, encefalopatii posttraumatice, sechele dupa meningo-encefalite etc.

3.Akinezia

Consta în întreruperea sau **abolirea totala a activitatii** motorii (inhibitie psiho-motorie extrema)

Se poate prezenta sub diverse **aspecte clinice**:

- **Stupoarea** se prezinta sub forma unei imobilitati complete si poate avea cauze diferite: starile nevrotice (în special isteria), starile psihotice (stupoarea melancolica, stupoarea schizofrenica, stupoarea epileptica, stupoarea confuziva etc.)

- O forma particulara de akinezie este "**catalepsia**". Aceasta stare consta în totala inertie motorie, însoțita de usoara hipertonie musculara, în cadrul careia bolnavul pastreaza vreme îndelungata pozitia în care se afla sau atitudinea impusa de examinator.

Catalepsia apare în: catatonie (forma inhibata), sugestie hipnotica, isterie (criza cataleptica, care se manifesta printr-o hipertonie în extensie sub forma unui arc de cerc) etc.

Tulburari calitative

Se mai numesc "**parakinezii**". Ele reprezinta tulburari ale conduitei notorii care constau în **pervertirea sensului si continutului natural si logic al muscarilor**. Gesturile își pierd naturaletea, apar nemotivate, artificiale, puerile, bizare, în discordanta cu starea afectiva si continutul ideativ, cu situatia obiectiva în care se afla bolnavul. Cele mai importante parakinezii sunt: manierismul, bizareria comportamentala si stereotipiile.

Manierismul reflecta pervertirea actiunilor comportamentale si gestuale simple. Mersul devine artificial, gesturile puerile, caricaturale etc.

Bizareria exprima u grad mai accentuat de comportare manierista, caracterizata prin pierderea trasaturilor logice si inteligibile ale gesturilor si miscarilor.

Stereotipiile definesc tendinta la repetare a uneia si aceleiasi manifestari, de obicei bizare, în planul mimico-pantomimic si al atitudinii, limbajului sau scrisului.

În general, stereotipiile apar în: schizofrenie (în special forma catatonica, alături de negativism și sugestibilitate), demente presenile și senile, oligofrenii profunde, boala Parkinson etc.

Este de asemenea importantă prezentarea și descrierea noțiunii de **"catatonie"** care poate fi definită ca o **stare de fixare tonică, persistentă a corpului în anumite poziții**.

Sfera catatoniei cuprinde:

1. **Stereotipiile** (vezi parakineziile).

2. **Sugestibilitatea patologică** (prin opoziție cu cea fiziologică, prezentă în diferite grade la toți oamenii) îmbracă cel mai adesea un caracter imitativ (**ecomimie, ecolalie, ecopraxie**), de supunere și execuție automată, imediată și fără critică. Ecomimia, ecolalia și ecopraxia alcatuiesc împreună **"sindromul ecopatic"**

3. **Negativismul** reprezintă tendința de a opune rezistență activă sau pasivă față de orice stimul extern, inclusiv față de satisfacerea propriilor nevoi fiziologice.

Negativismul poate apărea în: forma hebefrenică și, mai ales, catonică a schizofreniei, depresii psihotice stuporoase, oligofrenii, paranoia etc.

O categorie aparte de tulburări psihomotorii o rezonează **ticurile**. Ele pot fi definite ca mișcări cu caracter repetitiv și rapid, ca rezultat al contractiei unor grupe musculare (de obicei aceleași) scăpate de sub controlul volitional, dar accesibile conștiinței. Repetate fără necesitate obiectivă, ele se prezintă ca niște mișcări spasmodice, parazitare.

CONȘTIINȚA ȘI TULBURĂRILE DE CONȘTIINȚA

Conștiința este o funcție psihică superioară, sintetică care ar putea fi definită ca **"reflectarea existenței noastre proprii, a lumii materiale care ne înconjoară și a relațiilor noastre cu aceasta"**. Cu alte cuvinte **conștiința este forma cea mai înaltă de reflectare psihică a realității, proprie numai genului uman**.

Problema conștiinței are și conotații filosofice. Alături de gândire, conștiința reprezintă o categorie filosofică și un obiectiv în cercetarea fundamentală în acest domeniu. De poziția față de aceste categorii depinde adeziunea la concepția materialistă sau idealistă.

Psihiatria este interesată de aspectele psihologice și psihopatologice ale conștiinței. De subliniat faptul că **nu trebuie confundată conștiința ambianței cu orientarea temporo-spatială**. Tulburarea orientării este un fenomen patologic care poate coincide sau nu cu tulburarea de conștiință. Conștiința nu trebuie văzută ca o structură fixă, imuabilă. În realitate ea este influențată de modificările mediului ambiant. În general conștiința ambianței se modifică mai ușor decât cea a propriei persoane, care este mai stabilă.

Starea obișnuită de manifestare a conștiinței este **starea de veghe**, condiție indispensabilă bunei desfășurări a proceselor psihice. **Somnul** reprezintă perioada mai scurtă - circa 6-10 ore - în care starea de veghe este suspendată, constituind faza recuperatorie (de "odihnă" a psihicului). Alternanța psihică între starea de veghe și de somn este un fenomen fiziologic ce caracterizează viața animală. Cercetările

electrofiziologice au demonstrat ca **somnul** se deruleaza în doua faze alternative: de **somn lent** si de **somn cu faze paradoxale**. **Somnul lent** are o durata de aproximativ 80 de minute, corpul ramâne nemiscat, functiile fiziologice- respiratia, ritmul cardiac- fiind mai lente, regulate, examinarea EEG evidentiind un traseu caracteristic. Într-o noapte apar în general 5-6 cicluri de somn lent alternând cu faze paradoxale. **Faza paradoxala corespunde visului si are o durata mai scurta - în medie 10 minute**. În aceasta faza corpul este animat de miscari, atât ale segmentelor corporale cât si ale globilor oculari, iar ritmul respirator si cardiac se amplifica. Existenta acestei faze este demonstrata printr-un traseu EEG specific (frecvente unde alfa si tetha). În decursul unei nopti pot aparea 3-6 faze paradoxale.

Visul are importanta în mentinerea echilibrului psihologic. Se realizeaza în cursul starii paradoxale a somnului si este format dintr-o suita de imagini, amintiri si reminiscente care se deruleaza haotic si fara o prealabila ierarhizare a elementelor componente. **În timpul visului persoana participa la cele ce se întâmpla în jurul sau, jucând în acelasi timp rolul de actor, regizor si de spectator (A. Sârbu)**. Continutul visului este variat: **placut sau neplacut, chiar terifiant -constituind cosmarul**. Visul poate avea uneori si un **continut obsesiv**, prin repetarea aceleiasi teme onirice-adeasa cu continut neplacut.

Tulburarile constiintei

În practica psihiatrica curenta se recunosc **1) tulburarile de claritate** ale constiintei **2) tulburari de continut** **3) tulburarile ale constiintei de tip dezintegrativ**

1. tulburarea gradului de claritate apare în general în tulburarile organice care afecteaza atât structurile nervoase corticale cât si pe cele subcorticale si cele ale trunchiului cerebral. În aceste cazuri survine adesea suprimarea starii de constiinta - de exemplu în hemoragiile cerebrale, în traumatismele cranio-cerebrale grave etc. Gradele acestui tip de tulburare sunt diferite si în raport cu intensitatea si gravitatea leziunii. Aceasta categorie cuprinde:

- **obtuzia** care se caracterizeaza prin dificultatea de a percepe exact si cu fidelitate stimulii externi, implicit cu reactii-respectiv raspunsuri inexacte, eronate, vocea este monotona, lipsita de modularile necesare. Obtuzia apare în stari subfebrile din diferite boli, în oboseala accentuata, în surmenaj.

- **Obnubilarea** are intensitate mai mare, reactiile sunt mai lente, greoaie, inadecvarea raspunsurilor este mai ampla. În plus orientarea temporo-spatiala este dificila, se face cu greutate si efort ce alterneaza cu perioade de scurta durata de revenire. Se întâlneste în starile febrile, în intoxicatii acute cu alcool, oxid de carbon, diferite medicamente, precum si în multe boli infectioase, în epilepsie etc.

- **Stupoarea** este o forma mai grava a tulburarii de claritate a constiintei în care dezorientarea temporală si spatiala este accentuata, inhibitia psihomotorie însemnata-bolnavii raspund cu greutate la stimuli puternici si numai pe perioade scurte de timp. Stupoarea apare în sindromul confuzional (confuzia mintala) îndeosebi de etiologie toxiinfectioasa.

- **Coma** este forma cea mai grava a tulburarii de constiinta în care reactivitatea psihica a disparut si adesea sfârșitul este letal, în cazurile în care leziunile organice sunt importante. Practic, orice posibilitate de a comunica cu bolnavul este imposibila.

2. tulburările de continut ale conștiinței se manifesta prin:

- a) depersonalizare – pierderea identității proprii persoane
- b) derealizare – detașarea de mediul înconjurător care devine străin, uneori de nerecunoscut.

3. tulburările de tip dezintegrativ apar în contextul unor patologii variate și complexe. În cadrul acestor tulburări sunt frecvente producțiile patologice de tip iluzoriu, halucinator și chiar delirant.

- O astfel de stare este **confuzia mintală** caracterizată prin incoerența gândirii, iluzii și halucinații, onirism, modificarea activității motorii (agitatie sau inhibiție), perceperea deformată sau incorectă a mediului extern, etc. În majoritatea cazurilor confuzia mintală este determinată de boli organice de cele mai variate etiologii (infecțioase, toxice, traumatice, metabolice).

- **Starea onirică și oneiroida** este mai rar întâlnită și este asemănătoare visului dar de durată mai mare. Întocmai ca în vis, scenele pe care le "vede" bolnavul sunt caleidoscopice, polimorfe. Iluziile, halucinațiile și delirul sunt amalgamate, cu derulare haotică, adesea cu conținut terifiant. Amnezia este fie totală, fie parțială, "reconstituirea" episoadelor oneiroide fiind de cele mai multe ori imposibilă.

- O altă formă de tulburare dezintegrativă este **starea crepusculară**. În cadrul acestui tip de tulburare, gradul de dezorientare și confuzie este diferit. Unele cazuri se manifestă doar printr-o ușoară falsă recunoaștere a mediului, altele dezorientarea este profundă și toată activitatea este bizară, inadecvată situației sau chiar periculoasă (de ex. în epilepsie). Starea crepusculară **se caracterizează** -în general- printr-o tulburare bruscă a stării de conștiință care este alterată sub formă de obnubilare, **cu păstrarea relativă și parțială a automatismelor psihomotorii, păstrare ce permite o relativă coordonare chiar și în activități mai complexe**. Afectele sunt puternice în aceste stări și explică - cel puțin parțial - reacțiile violente ce merg uneori până la homicid (mai ales la epileptici). **Amnezia asupra acestei perioade este completă**, între stările crepusculare se descriu diferite manifestări ca de exemplu: **somnambulismul, automatismul ambulator, fugile, transele, teroare nocturne la copii**. În **somnambulism** este vorba de o trezire parțială, cu recăpătarea capacității de mișcare dar cu conștiința alterată. Bolnavii fac deplasări în afara camerei de dormit, se catară prin poduri, pe garduri, etc. iar la trezirea reală nu-și amintesc nimic. Stările crepusculare se întâlnesc în epilepsie, isterie, alcoolism (intoxicatii alcoolice, betia patologică), schizofrenie, tumori cerebrale, comotii și contuzii cerebrale, etc.

- O altă tulburare de tip dezintegrativ este **starea delirantă** pe care o întâlnim în intoxicații, infecții, anemii grave, etc. Se caracterizează printr-o profundă alterare a conștiinței cu dezorientare totală, dezorganizarea percepțiilor actuale, abundența de producții psihosenzoriale (halucinații), foarte mobile, făcând cuasiimposibilă utilizarea de către bolnav a experienței trecute sau de a o evoca. Activitatea bolnavului poate fi dezorganizată de la o agitatie și automatisme fără rost până la frânturi de acte.

Somnul, în anumite circumstanțe, poate fi tulburat într-o măsură mai mare sau mai mică, dar întotdeauna această situație este percepută cu neplăcere. Frecvent se întâlnește insomnia care se traduce prin dificultatea de adormire, trezire frecventă din somn și greutate în readormire, trezire precoce, somn perceput ca neodihnitor (bolnavul la trezire se simte obosit). **Insomnia** are cauze diferite, de la stări de anxietate determinate de probleme profesionale, familiale sau sociale dificile, greu de rezolvat, consumul de substanțe psihostimulante până la boli psihice sau organice. **Hipersomnia** este prelungirea exagerată a duratei normale a somnului și poate avea profunzimi variabile. Această tulburare a somnului apare în stări febrile de etiologie variată, în tumori cerebrale, în encefalită letargică, etc. O modificare interesantă constă în **inversarea ritmului veghe- somn**. Individul este insomniac- nu poate dormi sau doarme superficial și pe scurt timp, iar ziua este somnolent. Această tulburare a somnului este mai frecvent întâlnită la persoanele vârstnice - de regulă în contextul psihozelor presenile și senile.

PARTEA VI: PATOLOGIE PSIHIATRICA

NEVROZE

Generalități

În mod normal persoana umană ca unitate armonică și dinamică a individului se încadrează ambianței în care trăiește folosind în acest scop toate resursele de care dispune. Suplețea adaptativă în limitele sale obișnuite permite fiecărui individ să se racordeze și să-și modeleze resursele spre realizarea unui model cât mai aproape de cel optim de conviețuire. Oricât ne-am strădui să facem abstracție de mediul din jur, o asemenea încercare rămâne până la urmă un experiment, pentru că omul se formează și trăiește tot decursul vieții sale într-o ambianță care-l influențează și pe care la rândul său o influențează cu toate mijloacele sale.

Grupa mare, heterogenă și extrem de contradictorie a nevrozelor este alcătuită tocmai din modificările psihice care apar în acest dialog continuu om - mediu, de tulburările psihice cauzate până la urmă de dificultățile sau obstacolele pe care unul din cei doi "parteneri" le prezintă. De altfel deși termenul de nevroză apare în literatura medicală numai în secolul XIX, tulburările neurotice erau cunoscute și tratate încă din antichitate sub diverse denumiri și cu metode pe cât de variate pe atât de fantastice.

Cu toate că încă nu s-a elaborat o definiție unanim acceptată a conceptului de nevroză se poate totuși afirma că nevrozele reprezintă un grup de tulburări cu etiologie psihogenă, cu mecanisme psihice profunde în formarea simptomelor, care operează cu materialul unui conflict intrapsihic inserat în istoria individului.

Simptomatologia nevrotică nu afectează inserția bolnavului la real, dar simptomele sunt resimțite și apreciate ca neplăcute, perturbând adaptarea la real. Aceasta înseamnă că sistemul raporturilor dintre individ și realitate se păstrează dar se produce un deficit în funcționarea acestuia. Rezultă că nevrozele provoacă, în măsura în care tulburările se fixează în trăsături de caracter, un anume grad de invalidare psihică, prin întărirea și persistența conduitelor maladaptative.

Nevroza ar putea fi considerată ca un răspuns inefficient la un real perceput ca real, dar resimțit în mod fictiv.

Existența nevrozei se bazează în definitiv pe dezacordul dintre dorință și posibilitățile de realizare. Nevroticul nu se confruntă cu realul ci se apără de real, în acest sens răspunsul său fiind un compromis între apărare și dorință.

Sunt de reținut cele trei aspecte pe care H. Ey le consideră definitorii pentru nevroze:

Calitatea de maladie psihică "minoră" în comparație cu psihozele.

Predominarea acuzelor și tulburărilor subiective.

Declanșarea unor mecanisme patogenetice inconștiente care construiesc diverse apărări împotriva angoasei.

Factorii care pot cauza apariția unei nevroze sunt multipli, și în majoritatea cazurilor "de cursă lungă". Interacțiunea ca și rolul fiecăruia în parte este dificil dacă nu chiar imposibil de determinat. Cele mai mari controverse le suscită și astăzi valoarea terenului, importanța structurii persoanei în apariția unei nevroze. Este sigur că o personalitate "slabă", o serie de tulburări preexistente, precum și o vulnerabilitate genetică predispun cu mai multă ușurință la nevroze. Aceste elemente sunt mai ușor evidențiabile în nevrozele survenite în perioada copilăriei, perioadă în care influențele nefavorabile lasă urme adânci. Școala lui Freud și a urmașilor săi a subliniat această situație, considerând totodată că nevrozele adultului sunt urmări tardive ale influențelor nocive din copilărie.

Diferitele școli de psihiatrie au scos în evidență contribuția mediului în apariția nevrozei subliniind că o persoană normală, poate fi nevrozată în condiții vitrege de existență, fie prin intensitatea supraliminală a factorilor (stările de șoc), fie prin durata sau ineditul apariției lor (stările reactive). Nevrozele sunt dese ori consecințe ale factorilor de conflict, de tensiune, a psihotraumelor la care este supusă o persoană, factori față de care resursele sale adaptative sunt insuficiente sau se epuizează prea repede.

Prin realizarea experimentală de către Pavlov a nevrozei la animal s-a reușit transpunerea într-un limbaj neurofiziologic a patogeniei nevrozelor.

Clasificări

În acest grup clasificările entităților sunt diverse și permit autorilor să fie într-o dispută permanentă. Nevrozele cele mai bine delimitate și recunoscute drept entități clinice de majoritatea psihiatrilor sunt: neurastenia, nevroza anxioasă, nevroza fobică, nevroza obsesiv-compulsivă, nevroza isterică și nevroza cenestopată.

Un grup aparte de nevroze îl constituie formele care au drept simptome preponderente modificările survenite în cadrul psihomotricității: logonevroza, nevroza ticurilor și crampa profesională. Situate la interferența dintre neurologie și psihiatrie, sunt prezentate în ambele versiuni oglindind concepția și formarea autorului. În plus două din aceste nevroze cu predominantă motorie, logonevroza și nevroza ticurilor sunt amplu descrise și în manualele de pedopsihiatrie, deoarece debutul și desfășurarea perioadei de stare are loc în copilărie.

Tot în cadrul limitrof al specialităților învecinate se găsește și mult discutata anorexie mintală, boală a tinerelor fete cu implicații endocrinologice marcate.

Unii autori delimitează în afara nevrozelor adevărate stările reactive de tip nevrotic, stări în care tulburările sunt legate direct și evident de cauza care le-a produs și față de care pot fi considerate drept un mijloc de răspuns, deci de reacție.

Neurastenia

Psihiatrul american Beard a fost cel care a delimitat și denumit această formă de nevroză. La noi în țară în ea a fost descrisă de Kreindler și colaboratorii sub numele de nevroză astenică.

Debutul neurasteniei este lent, insidios și durează de la câteva săptămâni la câteva luni.

El este cel mai adesea precedat de perioade de suprasolicitare trenantă, de efort acumulat care generează stări de surmenaj (oboseală acumulată) sau de situații psihotraumatizante cu caracter prelungit.

Prin polimorfismul său, neurastenia îmbracă tablouri clinice extrem de variate care reclamă multă atenție spre a putea fi diferențiate de o serie întreagă de afecțiuni somatice mai ales cardio-vasculare sau digestive cu care asemănarea poate merge până la identitate. Dar pentru că și reversul este tot atât de veridic, și deci de multe ori sub masca unei așa zise neurastenii poate debuta o afecțiune cardiacă, digestivă etc., în aceste situații este recomandabil a recurge cât mai mult posibil la probele de laborator, care aduc un plus de precizie diagnostică și implicit o corectă atitudine terapeutică. Cele mai frecvente simptome ale neurasteniei sunt următoarele:

- astenia*, care are un caracter permanent, fiind mai accentuată dimineța.
- cefaleea* periodică sau paroxistică, în cască sau de tip migrenos însoțită de o stare generală rea și cu multiple algii diverse de tip migrator;
- hiperestezii* superficiale sau profunde cu localizare variată, cu caracter migrator și care dau naștere la interpretări și prelucrări de tot felul din partea bolnavului;
- tulburări funcționale poliviscerale* în care se pot grupa toate acuzele de tip cardiovascular, digestiv, respirator, genito-urinar, etc., prilej bogat de comentarii și referiri, de comparații și de interpretări;
- tulburări neuro-vegetative și endocrine* însoțesc acuzele precedente și întăresc convingerea bolnavului în gravitatea afecțiunii sale. Măinile ude de transpirație sunt arătate cu îngrijorare, alături de tremurăturile fine, sialoreea, tahicardia și dismenoreele relatate cu amplexare și lux de amănunte;
- tulburări de somn* sunt prezente și fac obiectul frecvent al comentariilor. Insomnii de adormire, somnul superficial, visele terifiante, coșmarurile alături de convingerea unui somn insuficient de odihnitor se pot întâlni în toate relatările unui neurastenic.
- tulburările psihice* de care se plânge bolnavul sunt disparate și adeseori relatate accidental cu toate că există în oricare nevroză. Lipsa unei concentrări eficiente a atenției voluntare, cu tendința la distractibilitate și cu perturbarea ușoară în cazul apariției unui stimul secundar produce adesea o stare de iritabilitate explozivă până la scurt circuit. Critic este conștient de această tulburare care "îl enervează" fără a o putea elimina. Astfel un neurastenic afirmă că nu suportă în buzunar cutia de chibrituri decât dacă este plină, altfel zgomotul îl irită și trebuie să o arunce. Bolnavul se plânge de dismnezie, de tulburări în înșiruirea logică a ideilor, de greutate în realizarea specificului muncii sale profesionale, mai ales acolo unde trebuie să dea dovadă de inițiativă, de stăpânire, de calm, de înțelegere. Colegii ca și prietenii îi atrag atenția că s-a schimbat și aceasta îl face să se preocupe și mai mult de suferința sa

Diagnosticul diferențial al neurasteniei reclamă multă perspicacitate din partea medicului sau psihologului clinician, pentru a delimita adevărata nevroză cu întregul său cortegiu polimorf de simptome și în același timp a o separa de formele incipiente ale unor

afecțiuni digestive, cardiace, neurologice sau endocrine cu care poate fi confundată. În această direcție "decantarea" acuzelor cât și examinările atente și repetate asociate cu probele de precizie pe care laboratorul le pune astăzi la dispoziție permit să se elimine erorile regretabile de diagnostic care ar îndruma pe un făgaș greșit întreaga conduită terapeutică.

Tratamentul general al neurasteniei este complex și necesită o foarte bună cunoaștere a bolnavului și a cauzelor care au generat neurasthenia. Sanatoriile de nevroze au tocmai scopul de a scoate bolnavul din ambianța presupusă traumatogenă și de a-i oferi condiții optime de repaus într-un décor natural pitoresc. În perioada sanatorizării medicația va fi dirijată după natura acuzelor și starea generală a bolnavului (tranchilizante minore, vitamine) spre a permite o redresare metabolică adecvată. În același timp, psihoterapia individuală și de grup alături de practicarea unor sporturi accesibile și a întregului cortegiu de metode socioterapeutice, vor direcționa atenția și preocupările bolnavului spre alte obiective decât boala sa. Ulterior un tratament general de consolidare a rezultatelor și prevenire a recidivelor este recomandabil să fie făcut pe perioadă de 6 luni - 1 an cu control periodic și treptata reîncadrare socio-profesională într-o activitate ritmică, susținută, bine echilibrată și supravegheată.

Nevroza anxioasă

Freud și Regis au fost printre primii care au descris nevroza anxioasă ca o entitate clinică. Apariția este inegală pe sexe, ea fiind înregistrată mai frecvent la femei decât la bărbați și în număr mai mare după al doilea război mondial decât înainte.

Debutul nevrozei anxioase este precedat la o scurtă distanță de evenimente traumatogene care reduc treptat capacitatea de răspuns, calmul și siguranța persoanei. Anxietatea apare la început în paroxisme, seara sau în perioadele de liniște, de singurătate. În loc ca în asemenea ocazii, bolnavul să se poată reculege sau odihni, se simte deodată invadat de o serie de temeri, de presimțiri negre asociate cu transpirație, tahicardie și chiar cu grețuri, vărsături, diaree sau cefalee. Simptomele se atenuează ca apoi să reapară cu aceeași intensitate și fără a mai fi precedate de un eveniment traumatizant. Evoluția ulterioară a nevrozei anxioase se caracterizează prin stabilizarea unui grup de simptome în care în jurul anxietății gravitează tulburările neuro-vegetative și somatice. Crizele paroxistice pot surveni cu sau fără motiv, ele creează o stare gravă de panică și pot merge până la raptus sau la un episod crepuscular. Unii autori văd în nevroza anxioasă de astăzi o formă mai modernă a vechilor modele isterice, pe când alții o consideră ca rezultat al specificului nou impus mai ales de existența citadină cu un ritm crescut, cu invazie tehnică și tendințe alarmiste față de suferințe endocrine sau cardiace.

Tratamentul presupune o perioadă de internare pentru "desensibilizare" perioadă în care se recomandă anxiolitice și, eventual, câteva ședințe de narcoanaliză urmate de o psihoterapie de relaxare.

Metoda lui Schultz ca și alte procedee ale psihoterapiilor de grup (artterapia, meloterapia, etc) sunt considerate astăzi ca eficiente în rezolvarea nevrozei anxioase.

Nevroza fobică

Reprezintă o afecțiune psihogenă caracterizată printr-o frică involuntară, irațională și deosebit de intensă, generatoare a unui comportament de evitare/asigurare față de anumite obiecte, acțiuni, sau situații, evoluând pe fondul unei anxietăți concentrice.

Fobiile au fost descrise de anticii greci (care le-au dat și numele) și semnificau teama, panica sau frica morbidă.

Etiopatogeneza rămâne în esență cea a nevrozelor, la care se adaugă mecanismele specifice generatoare ale fobiilor pe care psihanalistii au încercat de-a lungul anilor să le fundamenteze, atribuindu-le obiectului generator de angoasă cu reprezentarea sa refulată. Fobiile ar fi, în această viziune, dorințele interzise și frica de ele, intrate în subconștient.

O altă teorie care stă la baza explicării fobiilor este reprezentată de condiționarea fobogenă.

Deși studiile asupra fobiilor sunt insuficiente, se pare că este acreditată deja o bază genetică care demonstrează rădăcinile sale filogenetice.

Datele anamnestice evidențiază existența încă din copilărie a unor "mici" incidente fobice, precum și evenimente esențiale care au schimbat coordonatele vieții subiectului, fără însă ca acesta să lege aceste evenimente de declanșarea simptomatologiei.

Există multiple clasificări ale celor peste 70 de fobii cunoscute.

Recunoașterea unei nevroze fobice ține de prezența sindromului nevrotic, anxietății concentrice (intensă, cu răsunet vegetativ) și a fobiilor acompaniate de comportamentul de evitare / asigurare.

În DSM III (clasificarea americană a bolilor psihice) fobiile sunt prezentate schematic astfel:

- Fobii simple: obiectul fobic este un lucru sau o situație banală
- Agorafobia: trăsătura esențială este frica de a-și părăsi locuința
- Fobii sociale: frica de situații în care subiectul este supus privirii publice.

Există puține informații referitoare la evoluția și prognosticul nevrozei fobice

Deși cele mai multe dintre fobii se remit, agorafobia are un marcat potențial de persistență.

Cele mai bune rezultate terapeutice se obțin în cazul copiilor.

Tratamentul se bazează în principal pe psihoterapie: decondiționare sistematică, expunerea subită la stimuli fobogeni, susținere, relaxare, hipnoză etc.

Nevroza obsesiv-compulsivă

În istoricul nevrozei obsesiv – compulsive se întâlnesc mari înaintași ai psihiatriei moderne, pentru că deși este o nevroză cu o frecvență redusă, prezintă o simptomatologie atât de bine diferențiată încât a atras atenția cercetătorilor din toate timpurile.

Cel mai important autor rămâne Pierre Janet, care a strâns în monografia sa elementele esențiale și în același timp i-a dat denumirea de psihastenie, opunându-o isteriei.

Debutul nevrozei obsesive – compulsive este lent, insidios de cel mai multe ori el coincidând cu pubertatea. Dintre simptomele sale cele mai importante, așa cum de altfel și denumirea o spune, fac parte obsesiile, aceste idei parazite pe care bolnavul le recunoaște ca ireale, absurde, parazitare dar cărora nu se poate opune, sau nu le poate rezista fiind obligat împotriva propriei convingeri să le accepte ca atare deși recunoaște caracterul lor patologic. Fiecare obsesiv își are propriile sale obsesii, unele dominante și cu caracter de permanență, altele sporadice, pasagere care se amplifică numai în episoadele stresante. Ansamblul de obsesii are tendința de a se complica, de a se multiplica "strâmtorând" astfel tot mai mult libertatea și câmpul de manifestare degajat al nevroticului. La început există o stare de neliniște, de presimțiri vagi, de idei sumbre și

frică nelămurită, care pregătește instalarea obsesiilor. Ulterior anxietatea le alimentează și exercită constrângerea terorizând bolnavul care se găsește de "partea cealaltă", luptând neputincios împotriva lor și supunându-se lor fără convingere.

Stările obsesiv-compulsive sunt însoțite de lipsa deciziilor și de trăirea dilemelor și semnelor de întrebare fără răspuns. Însăși această îndoială a bolnavului în fața obsesiilor este un simptom patologic traducând lipsa deciziei, a fermității. Ritualurile (compulsiunile) reprezintă un complex de mișcări care constau în executarea unor acte repetitive, absurde sau ridicule ce obosesc bolnavul până la epuizare dar care, pentru moment îndepărtează anxietatea. Astfel un bolnav care prezintă obsesia cifrei 3, se simțea obligat să execute fiecare acțiune de trei ori (întra și ieșea de trei ori pe o ușă, încuia de trei ori casa, se spăla de trei ori, saluta de trei ori, citea aceeași pagină de trei ori, etc.). Foarte asemănătoare cu superstițiile aceste ritualuri dacă sunt întrerupte, produc o stare de panică, de alarmă, de neliniște. În același fel ideile obsesive de contrast, determină bolnavul în situații disperate să ajungă până la tentative de suicid. (exemplu o femeie care de câte ori își scălda copilul rezista cu mari eforturi impulsului de a-i scufunda capul în apă, cu toate că îl iubea fără margini).

În alte cazuri ideile obsesive au mai mult o desfășurare ruminativă, sterilă, iar bolnavul este mereu pus să răspundă la un "de ce" și un "pentru ce" care se succed fără întrerupere. P.Janet a arătat că, pe parcursul nevrozei, pot apărea fenomene de depersonalizare, sentimente de incompletitudine, de înstrăinare. Un bolnav cu obsesii are și alte simptome evidente. Astfel este preocupat de o ordine excesivă a propriilor lucruri, are un program extrem de rigid de viață, repartizat pe ore fixe, este pedant și meticulos. În cazul când obsesiile nu au legătură directă cu profesiunea, atunci o poate continua, fiind apreciat pentru zelul, străduința și seriozitatea cu care își îndeplinește obligațiile.

Unele forme clinice ușare apar mai ales la femei în urma unor situații tensionale și se vindecă repede cu un tratament medicamentos anxiolitic.

Formele de intensitate medie pot fi declanșate de pierderea unei persoane apropiate, de asistarea la o situație șocantă (autopsie, accident, spânzurare, incendiu, luptă, explozie). Simptomele persistă câteva luni de zile și necesită o terapie combinată: psihotrope plus psihoterapie relaxantă.

Formele grave cu simptome rezistente la terapiile obișnuite au o evoluție cronică.

În toate perioadele de tratament este recomandabilă utilizarea pe o scară cât mai largă a terapiei ocupaționale prin care se pot deriva preocupările chinuitoare ale bolnavului legate de obsesii și ritualuri.

Nevroza isterică

Isteria poate fi considerată ca cea mai veche formă de nevroză cunoscută. Este consemnată în scrierile lui Hipocrate și apare în decursul timpului în toate cărțile de medicină, ușor de recunoscut după prezentare, însă purtând mereu alte denumiri și mai ales având la baza explicației sale teoriile contemporane cu spiritul epocii în care a fost redactată lucrarea. Astfel, de la originea mistică la convingerea localizării sale la nivelul uterului, isteria rămâne o mărturie a ideilor despre boala și suferința psihică pe care mintea umană le-a produs de-a lungul timpului.

În evul mediu, în plină perioadă mistică, marile psihoze colective, dansurile vrăjitoarelor și stigmatele forțelor supranaturale au găsit teren larg de desfășurare.

Secolul al 19 - lea cu marile sale cuceriri și dialogul lansat între "funcțional" și "organic" a prilejuit o nouă versiune isteriei în care erau strânse ca într-un sac fără fund, tot ceea ce aparatura și străduința marilor anatomopatologi nu puteau cuprinde și explica. Numele lui Charcot, a lui Marinescu și a majorității neurologilor de la începutul epocii noastre este legat de dezvoltarea și delimitarea acestei nevroze. Tot pe acest fond s-a ridicat în mare măsură și "edificiul psihanalizei", deoarece S. Freud și ulterior discipolii săi au închinat multe volume acestei nevroze , considerând-o drept un teren favorabil expunerii concepției libidoului.

Babinski are marele merit de a fi sistematizat și delimitat isteria. Observator atent, a subliniat rolul mare pe care-l joacă factorul educativ și sugestiv în dezvoltarea, prezentarea și amploarea tabloului simptomatologic. Tot lui îi revine meritul de a fi creat noua denumire de nevroză pituitică subliniind prin aceasta marea importanță pe care o are sugestia în apariția și ștergerea simptomelor.

Etiopatogenia isteriei rămâne deocamdată neelucidată. Unii autori consideră că este vorba de o anumită predispoziție, pe când alții accentuează rolul psihotraumelor și a ambianței familiale nefavorabile din copilărie care plămădește isteria. Fiind studiată de specialiști cu pregătire diferită și etiopatogenia este prezentată în mod diferit într-un manual de psihiatrie, de neurologie, de neuro-psihiatrie infantilă sau de psihoterapie. Această diversitate de înțelegere este dublată însă de o vedere mai unitară în ce privește prezentarea simptomatologiei și a posibilelor abordări terapeutice.

Clinica nevrozei isterice. Simptomele isteriei pot fi împărțite după felul lor de desfășurare în două mari categorii:

(a) tulburări paroxistice, cu apariție bruscă, declanșată de un traumatism psihic care le precede.

(b) tulburări permanente, care formează fondul personalității isterice.

Simptomele episodice se desfășoară imprevizibil și prin aceasta surprind anturajul și-l obligă să ia act imediat de ele. Durata lor în timp este la fel de diferită ca și gama de tulburări pe care le cuprind. Paroxismul următor poate fi identic cu precedentul, după cum poate fi cu totul de altă factură. Repetiția episoadelor nu se poate încadra într-o periodicitate. În desfășurarea lor aceste episoade au multe asemănări cu modelul epileptic, fapt pentru care descrierea lor clinică se face după aceeași schemă, semnalând în același timp diferențele care există.

După simptomele pe care le conțin, episoadele paroxistice sunt: psihomotorii, senzoriale, neuro-vegetative și, uneori, chiar de intensitate psihotică. Simptomele psihomotorii cele mai cunoscute sunt considerate tulburările de tip tonico-clonic care amintesc marea criză epileptică. Spre deosebire de epilepsie, durata acestor "descărcări psihomotorii" este mult mai lungă iar mișcările seamănă mai mult cu o agitație dezordonată și teatrală cu atitudini patetice (arc de cerc). Lipsește strigătul inițial, căderea brutală, mușcarea limbii, emisia involuntară a urinii ca și semnele neurologice tipice epilepsiei care constau din midriaza pupilară, abolirea reflexului cornean, semnul lui Babinski pozitiv. Faza tonică și clonică precum și apneea sunt departe de a se desfășura după ritualul epileptic; deasemenea modificările de conștiință pot prezenta multiple oscilații iar afectiv apar crize de râs sau de plâns. Deseori se observă o adevărată agitație verbală cu lamentări, expresii repetate, cuvinte mai mult sau mai puțin inteligibile, etc.

Alte simptome psihomotorii destul de frecvente sunt de tipul paraliziiilor sau parezelor localizate la unul sau mai multe membre (paraplegia este frecvent întâlnită). La o

examinare atentă lipsesc însă semnele neurologice obiective cum ar fi modificările de reflexe, de tonus și în schimb se întâlnesc zone mai mult sau mai puțin bine delimitate de hipo sau anestezie. Modificările expresiei verbale sub forma de afonie sau mutism, precum și diverse spasme și contractări localizate la mușchii feței, ai gâtului, trunchiului sau membrelor se pot prezenta asociat sau într-o formă monosimptomatică.

Tulburări senzoriale și senzitive sunt frecvent asociate tulburărilor psihomotorii. Anestezia cu localizările sale la membrele superioare sau inferioare fără a respecta binecunoscuta distribuție radială a sensibilității, ca și pseudocecitatea sau pseudosurditatea sunt de obicei precedate de o puternică traumă psihică sau de un stress emoțional.

Tulburările neuro-vegetative ca și aspectele somatice pot să se desfășoare sub forma unor manifestări cutanate, erupții, edeme, hemoragii, vărsături, poliurie etc.

Crizele isterice paroxistice de intensitate **psihotică** pot îmbrăca haina unei tulburări psihotice de tip confuzional, oniric, catatonie, stupor etc. În unele cazuri se observă automatisme ambulatorii sau grafice, fugi cu amnezii, stări crepusculare sau sindromul lui Ganser (sindromul răspunsului "alături"). Temele delirante, în cazul că există, sunt de obicei mistice, imaginative, erotice sau revendicative. Au fost descrise la isterici și decompensări anxioase sau agitate din care erau nelipsite elementele patetice, teatrale și chiar clowneriile. Suicidul poate să apară sporadic, el conținând o bună doză de șantaj îndreptată mai ales în direcția familiei. Chiar și în cazul isteriei tentativa de suicid rămâne o urgență psihiatrică care reclamă o supraveghere atentă.

Terenul, fondul psihic al istericului permite, cel puțin în parte, explicarea acestor manifestări patologice, abundente și impresionante. Fondul neurotic evidențiable și în intervalele interparoxistice este caracteristic.

Personalitatea unui isteric se trădează prin lipsa sa de maturitate rezultată din cauza decalajului afect - cunoaștere. Dotat ca și copiii cu o imaginație bogată, aceasta suplinește și când trebuie și când nu este necesar realitatea, iar istericul este totdeauna dispus să-i dea ei crezare. De aceea uneori limita între reverie și minciună nu o mai poate face nici el singur. Acțiunile sale sunt necontrolate, impulsive, instinctive, elementare. Egoist și vanitos pune totdeauna propriile interese mai presus de ale celorlalți. Simțul etic este adumbrit, iar dorința de parvenire prin orice mijloace primează înaintea cinstei și a devotamentului. Folosește calomnia și lingușirea superiorilor, ca și tiranizarea subalternilor, ceea ce îl face să nu fie agreat. Exhibiționismul și extravaganta epatează, stârnește invidie, întreține clevetirile și își pregătește întotdeauna câte o "mare lovitură" fiind un adept al senzaționalului. În același timp are o foarte bună impresie despre sine însuși, se complăce în a-și admira însușirile fizice și psihice și a le prezenta cât mai mult în fața altora. Vorbirea sa este căutată, artificială, foarte la modă, cu expresii cât mai șocante, cu autoalintări și răsfăț ce frizează ridicolul. Episoadele paroxistice sunt privite ca niște "accidente" și de multe ori din cauza amneziilor parțiale care sunt adevărate scotoame afective, nu le poate reconstitui.

În evoluția unei nevroze isterice poate apărea uneori, e drept, rar, așa numita personalitate alternă, unul și același individ ducând o viață dublă, cu identități diferite și contradictorii, fără a-și putea aminti de ele.

Evoluția nevrozei isterice este periodică. Ori de câte ori în viața sa apar greutăți, obstacole, tensiuni, conflicte, pierderi sau eșecuri, ele pot declanșa o explozie de

simptome. În afara lor, la pubertate ca și în perioada climaxului se constată exacerbări frecvente.

Diagnosticul diferențial al acestei nevroze denumite și “marea simulatoare” se va face cu afecțiunile a căror simptome au contingente cu manifestările prezentate. Epilepsia, schizofrenia, infecțiile intoxicațiile sunt numai câteva din reperele cele mai frecvente de care se cere diferențiată.

Tratamentul în isterie vizează în primul rând redresarea rapidă a episodului paroxistic. În această direcție chimioterapia sub forma tranchilizantelor este salutară, ea reușind uneori spectacular să topească marile tulburări; unele dintre acestea pot fi rezolvate și cu ajutorul hipnozei așa cum de altfel Babinski și Charcot au arătat-o la începutul secolului nostru.

Ulterior psihoterapia complexă va trebui să contribuie la găsirea unei soluții adecvate pentru inserția socială stabilă a istericului în funcție de aptitudinile și năzuințele sale. Reușita acestei terapii este mai mult ca oriunde direct condiționată de valoarea psihiatrului care trebuie să aleagă cea mai corespunzătoare tehnică și să o utilizeze cu mult tact, suplețe și perseverență spre a ajunge la rezultat. Noile psihotrope au devenit un adjuvant prețios ele permițând o stabilitate mai mare a rezultatelor și în același timp reducând durata supravegherii.

Nevroza cenestopată sau hipocondriacă

Unii autori descriu această nevroză ca pe o formă clinică a neurasteniei.

Climaxul este perioada în care debutează cel mai frecvent această nevroză, deși sau descris în ultimele decenii cazuri și la o vârstă tânără. După o perioadă de latență necaracteristică și greu decelabilă, bolnavul începe să se ocupe din ce în ce mai mult de sănătatea sa. Preocuparea este însoțită de o temere, o frică de boală și o tendință de a amplifica orice tulburare de a-i găsi o semnificație gravă, de a o interpreta. Unii autori îi atribuie și un plus de egoism alături de o anxietate crescută. Bolnavul se dezinteresează în tot mai mare măsură de ceea ce nu are legătură cu boala sa. Pe lângă aceste simptome se mai pot observa elemente obsesivo-fobice sau ruminative cu aceeași temă (nozofobia, cancerofobia etc.). În alte cazuri simptomatologia cenestopată interferează cu elemente isterice sau depresive, dintre care ideea incurabilității activează ca un adevărat feed-back, întărind și mai mult convingerea bolnavului în seriozitatea tulburărilor. Există o formă de nevroză cenestopată revendicativă în cadrul căreia bolnavul poate avea manifestări antisociale mai ales la adresa persoanelor care-l asistă și îl îngrijesc, acuzându-le că nu-i acordă suficientă atenție, că este luat peste picior, etc.

Evoluția nevrozei cenestopate merge de obicei spre cronicizarea simptomelor, care au o tendință la permanentizare și la oarecare stabilitate. Sunt și cazuri în care apar agravări a tulburărilor și intensificarea lor mergând până la delir.

Diagnosticul diferențial al nevrozei cenestopate se face cu formele abortive ale psihozelor de involuție sau cu complicațiile și sechelele unor episoade confuzive post - encefalitice, post - infecțioase sau pot - traumatice. Se cunosc deasemenea cazuri de schizofrenie simplă care evoluând sub masca cenestopatiei pot da naștere la interpretări diagnostice eronate.

Tratamentul nevrozei cenestopate se bazează pe chimioterapie anxiolitică de cursă lungă asociată cu psihoterapie și terapie ocupațională.

Nevrozele motorii

LOGONEUROZA

Reprezintă o nevroză a vorbirii cunoscută și sub denumirea de balbism (bâlbâială). Ea se manifestă preponderent prin tulburări în pronunțarea unor foneme sau în articularea unor silabe. Formele de prezentare a acestei nevroze sunt:

Forma *clonică*, denumită și coreică în care se repetă de mai multe ori prima silabă până când vorbirea își câștigă cursivitatea necesară;

Forma *tonică* sau tetanică unde pronunțarea primei silabe este precedată de o stare spastică de imobilizare și efort care se termină printr-o explozie penibilă și precipitată;

Forma *inhibată* se caracterizează printr-o împietrire, o siderare psihomotorie care intercalează o pauză lungă între întrebarea pusă și începutul răspunsului;

Forma *mixtă* cea mai deseori observată cuprinde în simptomatologia expresiei verbale forme din cele trei modalități care apar succesiv în decursul unei expuneri mai lungi.

De obicei unul din aspecte rămâne predominant, celelalte apărând cu predilecție în situații mai deosebite, cum ar fi emoțiile, tensiunile, stările de enervare, lipsa unei concordanțe între gândire și expresie, dorința de a da o replică tare, de a contrazice, de a avea succes, etc.

Tulburările de vorbire nu rămân în nici un caz simple simptome. În jurul lor se pot observa o serie de alte manifestări neurotice. Astfel tulburările de vorbire sunt întotdeauna asociate cu tulburări respiratorii și neurovegetative. Manifestările respiratorii care asociază greutatea de exprimare verbală sunt vizibile și extern de jenante pentru neurotic. Ele constau în inspirații zgomotoase puternice, violente asociate sau nu de expirații de asemenea zgomotoase și de spasme glotice. Cel mai constant simptom dintre tulburările respirației este considerat bătaile aripilor nasului care însoțesc în special clipele dramatice create de dificultatea unei exprimări verbale cursive.

Dintre tulburările neurovegetative și motorii asociate pot fi menționate ca mai frecvente următoarele: grimase, sincinezii faciale, contorsiuni ale capului, ale gâtului, a umerilor, crisparea mâinilor, mișcări ale picioarelor, transpirații, congestia sau paloarea feței, puls rapid, etc.

Cele mai importante particularități care fac parte din numitorul comun al logonevrozelor sunt debutul în copilărie, evoluția intermitentă cu paroxisme în momentele tensionale și dispariția totală în cazul că este solicitat să cânte. Fiind în mare măsură handicapat psihic de această tulburare și în același timp conștient de defectul pe care-l are, logonevroticul trăiește anxietat situația în care se găsește și care în unele privințe se aseamănă cu stările obsesivo - fobice: cu cât se gândește mai mult la această tulburare cu atât se agravează mai tare și este în imposibilitate să o rezolve.

Etiopatogenia logoneurpzei este încă insuficient elucidată. Debutul său imperceptibil coincide cu vârsta preșcolară, cu perioada însușirii concrete a limbajului vorbit. Predispoziția, contingentul factorilor ereditari este apreciată foarte variabil (de la 10% - 60%). Frecvența mai mare la băieți și mai ales la stângaci sau la copii cu o insuficientă diferențiere dreapta - stânga, cât și o simpaticotonie evidentă sunt considerate de către unii autori ca elemente ce pledează pentru o insuficientă dezvoltare a sistemului psihomotor.

Alți autori consideră că logoneuroza este o urmare a blocajului emoțional ce are drept consecință tulburări funcționale în regiunea strio-palidă. Conflictele, psihotraumele la care este supus copilul mic în perioada când învață să vorbească sunt considerate când factori etio-patogenici când factori favorizanți sau precipitanți. Există o vădită tendință de a considera nocivă străduințele excesive a unor părinți de a învăța prea devreme un copil simultan cu limba maternă și o altă limbă străină.

Diagnosticul diferențial al logonevrozei se face cu oligofrenia, encefalita și alte afecțiuni în care pot apare tulburări de vorbire dar într-un alt context simptomatologic și cauzat de alți factori etiopatogeni.

Terapia logonevrozei trebuie începută foarte devreme (dacă este posibil chiar în perioada preșcolară) și încredințată echipei de specialiști din care psihiatrul și logopedul fac parte în mod obligator. Psihiatrul va analiza și trata contextul neurotic căutând să elimine tensiunile, conflictele și printr-o psihoterapie adecvată să redreseze tulburările existente. Logopedul va utiliza întregul progres metodologic cunoscut spre a reeduca rapid și definitiv greutățile de expresie (exerciții de vorbire, imprimare pe banda de magnetofon, cântece, etc.).

Nevroza ticurilor

Ticul poate fi definit drept un gest scurt, ca o străfulgerare, repetat, fără să aibe vreo utilitate; o mișcare parazită, spasmodică, bruscă, care poate fi blocată prin voință pentru un timp limitat. El este o adevărată caricatură a unui gest care și-a pierdut semnificația.

Etiopatogenia. Neuroza ticurilor în care simptomul - cheie îl formează această formă particulară de diskinezie, debutează în cele mai multe cazuri în copilărie. După unele sondaje statistice s-ar putea considera că 23% din copiii care se prezintă la consultații de neuropsihiatrie ar prezenta ticuri; cele mai multe ticuri apar în prima decadă a vieții; mai rar se pot însă instala și la pubertate sau chiar în perioada climaxului. Ticurile sunt mai frecvente la băieți decât la fete. În etiopatogenia nevrozei ticurilor se încredințează o anumită predispoziție, o vulnerabilitate genetică, ceea ce ar explica prezența acestei nevroze în familii cu antecedente psihice. Pe de altă parte structura personalității în dezvoltare a copilului este puternic influențată de stările conflictuale existente în familie și de excesele educative (părinți prea severi, mamă cu o iubire sufocantă, diferențe și predilecție sau favoritism pentru unul din copii, etc.). Copiii la care apare neuroza ticurilor sunt mai sensibili, hiperemotivi sau cu o labilitate psihoafectivă mai mare. Localizarea ticurilor la un anumit grup muscular este de multe ori în legătură cu prezența anterioară a unei afecțiuni (conjunctivită, blefarită) sau cu o jenă vestimentară (haine strâmte), elemente care ar favoriza manifestarea lor. Unii autori consideră că ticurile se bazează pe existența unor microleziuni ale nucleilor extrapiramidali; această opinie este însă privită cu rezervă de alți autori. S-a mai constatat că ticurile pot apare după o boală infecțioasă, după mialgii și chiar după o stare de oboseală îndelungată fără însă a se putea preciza o corelație mai evidentă cu aceste suferințe care-l preced.

Simptomatologia. Nevroza ticurilor debutează insidios astfel că perioada de instalare rămâne aproape întotdeauna imposibil de decelat. Fiecare nevrotic prezintă un grup restrâns de ticuri principale, caracteristice pentru el, și un alt grup mai larg de ticuri suplimentare, de acompaniament care se dezlanțuie în momente nefavorabile sau tensionale. În decursul desfășurării lor ticurile migrează cu ușurință de la un grup muscular la altul și se pot complica cu gesturi și ritualuri similare nevrozelor obsesivo -

fobice. Ticurile sunt în mare măsură dependente de starea emoțională care le amplifică și le mărește frecvența devenind supărătoare și jenante pentru bolnav. Voluntar ele pot fi reținute cu destul efort însă numai pentru o perioadă scurtă de timp, ulterior desfășurându-se în adevărate cascade de descărcare.

Dacă însă persoana este angajată într-o activitate psihomotorie susținută cum ar fi scrisul, dansul sau sportul, ticurile pot diminua sau chiar dispărea pe intervalul respectiv. O altă particularitate importantă a ticurilor neurotice o constituie totala lor dispariție în decursul somnului. Ticurile au un anumit grad de "contagiozitate", demonstrabil mai ales la copii la care mimetismul este mai accentuat: colegul de bancă, prietenul preia unele ticuri mai ales din cadrul celor principale.

Bolnavul de ticuri trăiește dureros această manifestare, se jenează și de multe ori refuză o serie de situații plăcute cum ar fi petrecerile, excursiile de teama ironiilor sau a privirilor compătimitoare a celor din jur. Autoeducația și soluțiile pe care le caută și le aplică singur îl dezamăgesc prin ineficiența lor. Formele de manifestare pe care le îmbracă ticurile sunt multiple. Regiunile cele mai predilect atinse sunt capul, gâtul și membrele superioare. Dintre ticurile mai obișnuite fac parte următoarele: clipitul, mișcarea sprâncenelor, dilatarea nărilor, tusea, raclarea glotei, mișcarea buzelor, ridicarea umerilor, gratajul pielii, mișcarea brațelor, a mâinilor etc.

O formă gravă a acestei nevroze este denumită boala ticurilor a lui Gilles de la Tourette, în care amplitudinea de manifestare este foarte mare. Ticurile cu vădită tendință de generalizare se asociază cu coprolalie, ecomimie și ecopraxie. Ticurile se dezvoltă convulsiv și evoluția bolii se caracterizează printr-o degradare psihică progresivă terminându-se cu demența.

Diagnostic diferențial. Manifestări similare ticurilor, denumite "ticuri organice" se pot întâlni în unele afecțiuni extrapiramidale, în encefalita epidemică, în coreea acută. Contextul simptomatologic general însă permite o precizare diagnostică. În afara nevrozei ticurilor ele mai pot apărea ca o manifestare secundară, accesorie în logonevroză, în neuroza obsesiv - fobică, în oligofrenie, psihopatii și schizofrenie.

Tratament. Deși se cunosc cazuri de vindecare spontană, pentru formele ușoare apărute în perioada pubertății, majoritatea necesită un tratament îndelungat psihoterapeutic de relaxare și reeducare funcțională pe un substrat chimioterapeutic, reprezentat de psihotrope.

Crampa profesională

Spre deosebire de neuroza ticurilor și logonevroză, care sunt nevroze cu predominantă psihomotorie cu debut în copilărie, neuroza denumită crampa scriitorilor are un debut la maturitate. Instalarea simptomelor se face lent, insidios pe o perioadă de timp de luni și chiar ani de zile. Crampa profesională apare după traumatisme psihice suferite în cadrul exercitării profesiei (șicanări, eșecuri, nedreptăți, insuccese, etc.). Simptomul său cardinal constă din perturbarea stereotipului psihomotor principal din exercitarea meseriei respective. Frecvența sa demonstrează că se instalează cu mai mare ușurință în unele profesii încărcate de o puternică tensiune sau la persoane cu o structură psihică mai sensibilă, mai fragilă. Ca și în cazul ticurilor, numărul bărbaților este mai mare decât al femeilor.

Particularitatea clinică a acestei nevroze este așa de caracteristică încât anamneza permite în cele mai multe cazuri precizarea diagnosticului chiar și acolo unde factorii

etiopatogenetici nu pot fi depistați. În crampa profesională tulburarea fundamentală apare în timpul profesiei și perturbă bunul său mers, din cauza imposibilității de a exercita mișcările ce sunt absolut necesare; la scriitori ținerea și folosirea stiloului, la violoniști a arcușului, la dactilografe apăsarea tastelor, etc. această perturbare în execuția psihomotorie a actului respectiv se poate desfășura sub diverse variante. Astfel există o formă spastică, alta paralică în fața comenzii date. Tremurătura sau durerea pot apare simultan sau uneori chiar să înlocuiască elementul spastic sau paralic. Examenul neurologic al segmentului respectiv nu pune în evidență nici un fel de modificare de reflexe sau de sensibilitate. Una din cele mai importante particularități pe care o prezintă crampa profesională este aceea că mișcarea perturbată până la impotență funcțională în contextul profesional respectiv, poate fi executată foarte degajat, cu ușurință și fără nici o greutate în alte împrejurări. Astfel o dactilografă care nu mai putea să bată la mașină decât extrem de greu, cu efort și numai cu mâna stângă, reușea să cânte la pian fără dificultate. Bolnavul prezintă și alte tulburări nevrotice care gravitează în jurul acestui simptom esențial. În cadrul acestor tulburări se menționează: manifestările neurovegetative, insomnia, anxietatea, iritabilitatea, scăderea randamentului psihic, dismnezia, hipoprosexie. Conștient și în același timp alarmat de această tulburare caută fel de fel de refugii, fără însă a reuși să scape de sub tensiune. Încercările sale voluntare de a învinge "obstacolul rămân fără rezultat; de multe ori poate apare o amplificare a tulburărilor sau creșterea difuzibilității lor după asemenea tentative.

Diagnosticul diferențial se face cu unele afecțiuni nevrotice sau inflamatorii care prezintă manifestări asemănătoare, dar unde lipsește această exclusivitate de apariție legată de exercitarea stereotipului profesional.

Prognosticul nevrozei profesionale este rezervat. Evoluția este intermitentă, cu frecvente recidive, iar boala are un caracter progresiv ceea ce îl determină până la urmă pe bolnav să-și schimbe profesia sau să se pensioneze.

Tratamentul crampei profesionale este bazat pe o psihoterapie îndelungată la care se asociază tranchilizante minore. Modele de reeducare cât și fizioterapia vor fi începute după un repaus prelungit necesar reechilibrării funcțiilor și eliminării elementelor perturbatorii. Ședințele de narcoanaliză ca și terapia autogenă Schultz pot contribui în largă măsură la ameliorarea stării generale a bolnavului și în același timp la dirijarea sa spre o activitate susținută și eficientă într-un domeniu limitrof, dar în cu totul alt cadru decât acela al profesiei în care s-a declanșat crampa.

SCHIZORENIA

Datorită dificultăților și, în parte, nerezolvatelor probleme teoretice și practice pe care le ridică, schizofrenia este o afecțiune care continuă să rămână în centrul atenției psihiatrilor.

Ea a fost cunoscută de multă vreme datorită frecvenței sale relativ ridicate și evoluției sale grave.

Cei care au studiat-o au fost frapați de evoluția progresivă a tulburărilor, care apar de obicei la vârsta tânără.

MOREL vorbește în 1852 despre demența precoce. KAHLBAUM descrie forma catatonică în 1863 iar HECKER forma hebefrenică în 1871.

Cel care grupează pentru prima dată aceste cazuri într-o unitate nozologică, pe care a denumit-o, preluând termenul de la MOREL, "dementia praecox" a fost KRAEPELIN, în tratatul său asupra bolilor mentale (1890-1907). Trăsăturile principale ale acestei entități ar fi: vârsta tânără la care debutează afecțiunea, tulburările profunde de afectivitate și evoluția terminală spre demență.

Clinicienii acelei vremi au criticat unele dintre aceste criterii întrucât au observat că este vorba mai puțin în astfel de cazuri despre "demență", cât mai mult despre o pierdere a unității vieții psihice ("discordanță").

Acceptând entitatea nozologică descrisă de KRAEPELIN, BLEULER nu este de acord cu criteriul diagnostic al evoluției terminale spre demență și introduce în 1911 termenul de schizofrenie (schizein=a scinda; frenos=minte). Prin aceasta el pune la baza conceptului său scindarea vieții psihice, disociația pe plan ideativ, discordanța sau incongruența între diferitele sectoare ale psihismului, subliniind faptul că nu este vorba despre o demență reală.

Schizofrenia rămâne un domeniu de înfruntare a celor mai diferite păreri ce merg de la negarea ei (curente antinozologice) până la recunoașterea sa ca o realitate clinică.

Această boală oferă azi un larg câmp pentru cercetări de ordin psihopatologic, anatomopatologic, genetic, biochimic, neurofiziologic, psihofarmacologic etc.

Etiopatogenie

Numeroasele ipoteze referitoare la cauzele și mecanismele de producere a schizofreniei poartă amprenta orientării școlii căreia îi aparțin diverșii autori.

H.EY subliniază posibilul aspect multidimensional al etiologiei schizofreniei cu imposibilitatea reducerii acesteia la unul sau altul dintre factorii săi etiologici organici sau psihosociali.

Schizofrenia este cea mai des întâlnită dintre psihozele cronice, *frecvența* ei în întreaga populație fiind de 0,85%.

Boala apare în special la *vârsta* adolescenței și adultului tânăr, majoritatea cazurilor survenind între 15-35 de ani.

Se pare că repartizarea bolii între cele două sexe este aproximativ egală.

Riscul genetic în populația generală este sub 1%. El este de 10-14,2% pentru frați și 16,4% pentru copii. Cercetările prin studiul gemenilor s-au dovedit mai demonstrative, stabilind o concordanță de 76-86% la monoziagoți (frați univitelini).

Rolul predispozant al *factorului constituțional*, biotipologic a fost susținut în special de KRETSCHEMER. El pornește de la ideea predispoziției tipului picnic pentru psihoza maniaco-depresivă, în timp ce constituția atletică sau displastică ar predispuce pentru schizofrenie. În prezent această concepție este considerată unilaterală, depășită.

Dintre *factorii externi* cu un posibil rol în apariția schizofreniei au fost studiați în primul rând factorii infecțioși (teoria autointoxicației aminice prin infecția intestinală și, respectiv, teoria virală).

Cercetările neurochimice au condus la edificarea teoriei dopaminergice referitoare la apariția schizofreniei. Această teorie, acreditată actualmente cu un mare grad de plauzibilitate, propune existența unei hipo- sau hiperfuncții dopaminergice la nivelul anumitor structuri cerebrale ceea ce ar putea explica atât simptomele deficitare cât și cele productive (pozitive) întâlnite în schizofrenie

Studiile de *anatomia patologică* a eșuat în descoperirea unor leziuni caracteristice pentru schizofrenie.

Rolul etiologic al *factorilor psihogeni* este discutabil. O serie de traume psihice invocate de anturajul bolnavului în legătură cu apariția schizofreniei (eșecuri, emoții, surmenaj, etc.) nu joacă decât un rol precipitant. Psihanaliștii pun un accent deosebit pe perturbările relației mamă - copil (au descris chiar un tip de "mamă schizofrenogenă"). Au fost observate tulburările de comunicare care există adesea în familiile schizofrenilor datorită personalităților schizoide sau paranoide ale unuia sau ambilor părinți.

H. EY remarcă faptul că procesul schizofrenic nu se poate reduce la nici unul dintre acești posibili factori etiologici, el fiind mai probabil o rezultată care se traduce clinic în special prin potențialul său evolutiv tinzând spre dezorganizarea personalității schizofrenului și organizarea lumii lui autiste.

Tabloul clinic

Debutul

În schizofrenie terapia este cu atât mai eficientă cu cât se aplică mai precoce. De aceea recunoașterea schizofreniei în stadiile sale cele mai timpurii este o problemă deosebit de importantă

Apariția simptomelor caracteristice afecțiunii este adesea precedată de o perioadă în care tulburările psihice pot aminti tabloul unei nevroze sau al altor psihoze. De aceea diagnosticarea schizofreniei în faza de debut nu este ușoară.

În ce privește ritmul de instalare a tulburărilor s-au descris două modalități importante de debut: formele lente, progresive și formele acute.

Formele lente realizează modalitatea cea mai frecventă de debut a schizofreniei (50-70% din cazuri) și ridică cele mai delicate probleme de diagnostic pozitiv și diferențial. Simptomele se instalează treptat (în luni sau chiar ani) realizând un tablou asemănător nevrozelor (așa zisele debuturi pseudo-nevrotice ale schizofreniei. Intrarea lent progresivă

în schizofrenie se poate realiza și prin tulburări caracteriale și de comportament, greu sesizabile. Tânărul începe să se schimbe, să fie distrat, indiferent, neglijent vestimentar. Randamentul său școlar sau profesional scade, treptat se retrage, evită societatea. Uneori apar preocupări stranie, interese pentru fenomene noi, fără legătură cu activitatea sa obișnuită (filozofie, știință, artă).

Formele acute ar reprezenta o modalitate întâlnită în 30-50% a cazurilor. El poate îmbrăca forma unor bufee delirante și halucinatorii, a unor stări de excitație maniacală sau episoade depresive "atipice", a unor stări confuzo-onirice.

Există și posibilitatea unui debut subacut, cu evoluție intermitentă.

Mai rar intrarea în schizofrenie se poate face prin "crize nemotivate", delictelor inițiale constituind primul simptom al bolii (omucideri). Acesta este tipul medico-legal al debutului.

S-a remarcat că evoluția cronică se instalează, cel mai adesea, după al treilea puseu acut.

Perioda de stare

După prodromele lent progresive sau un debut brusc se instalează, sub diverse forme clinice și de diferite intensități, tabloul clinic al bolii.

Lipsind datele specifice, sub raport somatic sau biochimic, recunoașterea tabloului psihopatologic este deosebit de importantă în diagnosticul schizofreniei și delimitarea sa de alte boli.

Fenomenul de scindare, discordanță sau ataxie intrapsihică (noțiuni echivalente) reprezintă tulburarea psihopatologică fundamentală în această boală psihică.

Incongruența, disocierea diferitelor funcții psihice, ruptura unității lor s-ar manifesta inițial, după BLEULER, în planul gândirii, pentru ca treptat să cuprindă limbajul, afectivitatea, activitatea voluntară, comportamentul, ducând în cele din urmă la destrămarea armoniei psihice, a unității personalității.

Aspectul care frapază este menținerea, pentru o lungă perioadă de timp, a funcțiilor psihice elementare intacte.

Cele mai intense tulburări psihice vizează gândirea, afectivitatea și activitatea.

Gândirea

Tulburările de formă pot merge de la o "dezlănare" vagă până la pierderea legăturilor logice între idei (incoerență), ajungând să fie dirijată de aliterații, analogii, asociații prin asonanță. Incoerența gândirii se deosebește de cea observată în cadrul tulburărilor de conștiință prin faptul că în schizofrenie ea apare pe fondul unei conștiințe clare. Viteza desfășurării gândirii este cel mai adesea încetinită, mergând uneori până la baraj (oprirea bruscă a debitului verbal). Se mai pot observa perseverări, stereotipii, răspunsuri alături (paralogie) ca și impresia de ecou sau seniorizare (transmitere, auzire de către alții) a gândirii, ori senzația de gândire impusă. Se poate spune că nimic nu se conturează precis în mintea schizofrenilor, totul fiind difuz, cețos.

Tulburările în conținutul gândirii sunt reprezentate de ideile delirante care se înscriu, sub raportul temei dominante, în special în seria paranoidă (teme persecutorii de urmărire, otrăvire etc. sau teme de influență prin telepatie, hipnoză etc.). Alte teme delirante sunt cele de invenție, cosmogonice, de gelozie, hipochondriace etc.

În ce privește modul de elaborare delirul schizofren se prezintă cel mai adesea sub forma delirului "primar" (care ar apare brusc, gata format, sub forma unei "revelații delirante",

fiind imediat acceptat de bolnav). Alteori apare ca o explicație a fenomenelor halucinatorii care îl preced în timp, sau prin mecanisme interpretative ori confabulatorii.

Afectivitatea

Perturbările din sfera afectivă sunt de mare amplitudine și gravitate. Autorii clasici vorbeau de o adevărată "demență" care ar cuprinde afectivitatea acestor bolnavi. Ele merg de la pierderea sentimentelor de simpatie, în primul rând față de familie, până la manifestări paradoxale (paratimii) sau fluctuații rapide și nemotivate ale stărilor emoționale (crize de râs sau de plâns nemotivat și incomprehensibil). Poate apare perversiunea sensului sentimentelor sub forma inversiunii afective (ura față de părinți, în special față de mamă). Alteori se constată existența unei adevărate ambivalențe afective (trăiesc simultan sentimente plăcute și neplăcute).

Se poate observa cum procesul disociativ își pune amprenta atât asupra legăturilor dintre afectivitate și expresia ei în plan mimico-pantomimic, cât și asupra celor dintre afectivitate și gândire (paratimiile reflectă în fond discordanța dintre idei și sentimente).

Activitatea și voința

Cel mai adesea principalele tulburări de voință și activitate se înscriu în cadrul sindromului catatonice care poate fi reprezentat într-o formă mai mult sau mai puțin completă: stupoare sau agitație catatonice, păstrarea unor poziții particulare cum ar fi "perna psihică", negativismul, catalepsia sau flexibilitatea ceroasă, automatismul de comandă, fenomenele de imitație patologică în ce privește gestualitatea - ecopraxia, mimica - ecomimia și vorbirea - ecolalia. Acest sindrom poate domina tabloul clinic în forma denumită catatonice. Pe fundalul comportamental caracterizat prin inerție, lipsă de inițiativă și rigiditate a mișcărilor pot apărea în mod imprevizibil impulsuri, de exemplu de omucidere, nemotivate sau explicate vag prin halucinații sau delir. Nu trebuie omisă nici menționarea stereotipiilor. Acestea sunt atitudini, gesturi sau vorbe care se remarcă prin fixitatea și repetiția lor, uneori aproape ritualizată. Frecvente sunt stereotipiile expresiei mimice (clasicul "bot schizofrenic"), expresii mimice paradoxale (paramimii), sau râsul straniu și nemotivat (fără corespondent emoțional). Gesturile încetinite, uneori parcă mecanice, ca ale unei marionete, foarte afectate poartă denumirea de manierisme.

Alte tulburări psihice

Percepția poate fi perturbată prin prezența halucinațiilor adevărate (cel mai adesea auditive) sau pseudohalucinațiilor (bolnavii aud "voci interioare", "le vorbește mintea").

Printre cele mai frecvente modificări ale *limbajului verbal* sunt neologismele (cuvinte nou create de bolnav) sau uneori refuzul de comunicare verbală (mutism).

Limbajul scris, desenele și producțiile grafice pot trăda tulburări ca: scris contorsionat, ornamentații bizare, tablouri sau poezii stranii, simbolice, abstracte.

În mod tipic în schizofrenie există un fond de *conștiință* clară, netulburată. Tulburările de orientare se rezumă mai mult la cele ale orientării autopsihice în sensul trăirii înstrăinării propriului psihic (depersonalizare), care se asociază de obicei și cu sentimentul înstrăinării lumii înconjurătoare (derealizare).

Adâncirea procesului disociativ conduce treptat la o desprindere a gândirii de realitate, la o pierdere a "contactului vital" cu realitatea, la o preponderență a vieții interioare a schizofrenului, denumită de BLEULER *autism*.

Tulburări somatice:

Deși multiple, sunt lipsite de specificitate (tulburări vegetative, metabolice, endocrine, digestive, cardiovasculare, etc. Nici modificările EEG nu sunt specifice.

Forme clinice

Principalele forme clinice ale schizofreniei în perioada de stare sunt: paranoidă, catatonică, hebefrenică și simplă.

Mai rar întâlnite sunt următoarele forme: schizofrenia copiilor (demența praecocissima), schizofrenia tardivă (cu debut peste 45 de ani), schizofrenia grefată (pe fond oligofren), formele pseudonevrotice, psihopatiiforme, recurente (periodice sau schizoafective).

Forma paranoidă

Este forma cea mai frecventă și mai tipică. Ea s-ar caracteriza printr-un debut relativ mai tardiv (de obicei în jur de 30 de ani), lent, progresiv, preponderența în tabloul clinic a halucinațiilor și delirului (de interpretate, influență, persecuție, uneori asociate cu idei de grandoare), menținerea capacității de inserție socială o perioadă mai îndelungată.

Formei catatonice

Prezintă o simptomatologie care este dominată de manifestările sindromului catatonic, sub forma inhibată (stupoare, mutism, negativism, etc.) sau hiperkinetică (episoade bruște și intense de agitație). Există părerea că schizofrenia catatonică ar avea prognosticul cel mai favorabil, în sensul posibilității cedării complete a simptomelor.

Forma hebefrenică

Debutază între 15-20 de ani, se caracterizează prin predominanța discordanței și rapiditatea evoluției. Începe de obicei insidios, bolnavii ajungând să aibă un comportament pueril, capricios, cu manierisme, râs și plâns nemotivat. Evoluția se face rapid spre degradare, iar prognosticul acestei forma este cel mai rezervat, remisiunile fiind rare și superficiale.

Forma simplă

Are o evoluție lent progresivă, realizându-se pe neobservate un fel de "sclerizare a vieții psihice și sociale", o sărăcire și pustiire a întregii vieți psihice. Principalele simptome ar fi superficialitatea răspunsului afectivo-emoțional, indiferența sau duritatea, apato-abulia. Tabloul progresează lent, în ani de zile, spre o disociere lentă a personalității.

EVOLUȚIE

Tendința evolutivă reprezintă unul dintre elementele definitorii ale schizofreniei. Mersul general al psihozei se face în sensul unei degradări progresive, mai mult sau mai puțin lente. În multe cazuri fazele acute sau subacute sunt întretăiate de perioade de remisiune.

DIAGNOSTICUL POZITIV

Este dificil în special în perioadele de debut. Observația atentă și îndelungată poate evidenția simptome esențiale :bizarerii, indiferență afectivă, disociație, autism, etc.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu psihozele schizofreniforme de etiologie exogenă, stările confuzive, neurastenia și alte nevroze, psihopatiile, psihoza maniaco-depresivă, catatoniile toxice sau infecțioase etc.

PROGNOSTICUL

În cazul schizofreniei acesta este în general rezervat. Factorii favorabili de prognostic sub raportul rapidității și profunzimii instalării deficitului ar fi biotipul picnic, existența unor boli psihice ciclice în familie, debutul acut și zgomotos etc., iar factorii defavorabili debutul precoce al bolii (sub 20 de ani), forma lentă, progresivă a debutului etc.

Tratamentul

Având în vedere pe de o parte marea varietate a formelor clinice și evolutive a bolii iar pe de altă parte gama extrem de largă a metodelor de tratament care există în momentul de față rezultă că problema terapiei în schizofrenie este una extrem de complexă. Este unanim admisă necesitatea strictei individualizări a planului terapeutic și a terapiei "de cursă lungă", care se întinde, de cele mai multe ori, pe durata întregii vieți.

Reinserția socială a bolnavului, resocializarea sa, reprezintă obiectivul principal al oricărei încercări terapeutice. Acest lucru presupune obținerea unei ameliorări cât mai rapide și a unei remisiuni de durată.

Printre mijloacele terapeutice se numără:

Terapia neuroleptică este cea care a modificat profund tratamentul schizofreniei ocupând azi locul central în raport cu celelalte metode terapeutice. Acțiunea neurolepticelor vizează electiv unele simptome țintă: agitația psiho-motorie, tensiunea afectivă, halucinațiile, ideile delirante, tulburările de activitate de tip catatonice sau simptomele negative (deficite). Tratamentul de întreținere se efectuează de preferință cu neuroleptice "depot" și se poate prelungi indefinit.

Terapia electroconvulsivantă și-a restrâns astăzi considerabil aria de aplicabilitate. Este indicată în special în formele cu inhibiție catonică rebelă și rezervată pentru situațiile, rare, în care se constată o rezistență la terapia neuroleptică.

Insulinoterapia, introdusă de Sakel, constând din provocarea a 20-30 de comă hipoglicemice prin injectare de insulină, era indicată în special în faza de debut a bolii. În momentul de față ea este practic scoasă din uz.

Psihoterapia individuală sau de grup poate fi utilizată în schizofrenie când contactul cu bolnavul se stabilește cu relativă ușurință (în etapele de remisiune).

Terapia ocupațională și *ergoterapia* dețin un loc important alături de celelalte mijloace terapeutice prin faptul că sunt în măsură să combată autismul și aplatizarea emoțională și să trezească interesul bolnavului pentru reintegrarea sa într-un microgrup social. O formă specială a acestei metode ar fi *art-terapia*.

ASPECTE MEDICO-JUDICIARE

Schizofrenul poate deveni delicvent, comițând diverse acte antisociale (furturi, bătăi, crime, incendii, etc.). Se consideră însă că discernământul său este modificat prin boală psihică, adesea complet suspendat, având în vedere intensitatea psihotică a simptomelor sale.

TULBURAREA AFECTIVA BIPOLARA

GENERALITATI

Boala maniaco-depresivă, individualizată de Kraepelin în 1899 este o tulburare a afectivității cu evoluție periodică definită prin succesiunea de perioade depresive și/ sau maniacale, separate prin intervale libere.

Sucesiunea de episoade depresive este definitorie pentru tulburarea unipolară, pe cand succesiunea de episoade depresive și maniacale este definitorie pentru tulburarea bipolară. Actualmente, clasificările DSM și ICD nu mai vorbesc de boala sau de psihoza maniaco-depresivă ci de tulburarea de afectivitate bipolară.

EPIDEMIOLOGIE

Prevalența tulburării bipolare în populația generală: 1-2%

Vârsta de debut este mai precoce în cazul tulburării bipolare (20-30 de ani) decât în cazul tulburării unipolare (30-40 de ani).

Prevalența tulburării bipolare tip I: 0,4-1,6 %

Prevalența tulburării bipolare tip II: 0,5 %

Sex-ratio: 1

Tulburările unipolare sunt de 10 ori mai frecvente decât tulburările bipolare.

Sex-ratio: 1/2

8% din pacienții bipolari au rude de gradul I care prezintă aceeași patologie.

Concordanța este mai mare la homozigoți decât la heterozigoți.

Factori de mediu predispozanți; doliul, pierderea serviciului, separarea, stressul

CLASIFICAREA

DSM IV TR De adăugat!

TABLOU CLINIC

1. Sindromul depresiv
2. Sindromul maniacal

FORME CLINICE

1. Tulburarea bipolară tip I

Episod maniaco izolat, episod actual hipomaniacal, episod actual maniaco, episod actual mixt, episod actual depresiv, episod actual nespecificat

II. Tulburarea bipolară tip II

Conform definiției anterioare

III. Episodul mixt maniaco-depresiv

Este mai frecventă la femei

Vârsta debutului similară tulburării bipolare

Simptomatologie mixtă la adolescenții bipolari

Numeroase de internări anterioare

Antecedente familiale de depresie

Episoade depresive anterioare

Criterii de diagnostic:

Criterii complete pentru un sindrom maniaco sau hipomaniaco

Prezența simultană de simptome depresive asociate: dispoziție depresivă, anhedonie, creștere semnificativă în greutate sau creșterea apetitului, hipersomnie, lentoare psihomotorie, oboseală sau pierderea energiei, sentimente de disperare sau de autoculpabilizare, gânduri repetate de moarte, ideea suicidară recurentă sau planuri suicidare (sunt eliminate simptomele comune stărilor maniacoale, ca insomnia, agitația, tulburările de concentrare)

Mania disforică dacă sunt prezente cel puțin 3 simptome depresive în asociere cu criteriile pentru manie sau hipomanie.

Afectarea importantă a calității vieții pacientului

Absența etiologiei organice sau toxice.

IV. Forma cu cicluri rapide

Prevalență: 13% din tulburările bipolare

80-95% la femei

Antecedente familiale de tulburare bipolară, de cicluri rapide

Ciclarea rapidă este mai frecventă la pacienții bipolari de tipul II

Fiecare din cele 4 episoade sau mai multe pe an poate fi un episod depresiv major, maniaco, hipomaniaco sau mixt.

Poate exista sau nu o perioadă de remisiune interepisodică

Debutul accelerării ciclurilor este legat în 75-85% din cazuri de un tratament anterior cu antidepresive triciclice.

La 30-50% din pacienți, înlocuirea cu un placebo se însoțește de o oprire a ciclării rapide.

Antidepresivele în general și medicamentele stimulante ar putea induce ciclare rapidă.

Un episod hipomaniaco care survine imediat după un episod depresiv este predictiv pentru o evoluție cu cicluri rapide sub tratament cu antidepresive.

Temperamentul ciclotimic este factor de risc pentru ciclarea rapidă spontană.

V. Ciclotimia

Tulburare întâlnită la aparținătorii pacienților bipolari

Similarități simptomatologice în boala maniaco-depresivă și ciclotimie

Numeroase episoade de simptome hipomaniacale și/sau depresive timp de cel puțin 2 ani (1 an în cazul copiilor și adolescenților)

Mai puțin de 2 luni fără simptome
Fără episoade depresive majore, maniacale sau mixte
Evoluție frecventă spre o tulburare bipolară de tip I sau II

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Tulburarea bipolară tipul I și II

- Afecțiuni medicale generale
- Tulburi cauzate de consumul unor substanțe
- Tulburări delirante: tulburarea schizo-afectivă, schizofrenia
- Episodul depresiv major
- Tulburarea distimică

Tulburarea ciclotimică

Afecțiuni medicale generale
Tulburări cauzate de consumul unor substanțe
Tulburările bipolare I și II cu cicluri rapide
Personalitatea borderline

EVOLUȚIE

Boală cu evoluție periodică în care ciclurile pot suferi influențe sezoniere.
Tipic, accese depresive toamna cu remisie sau transformare în accese maniacale la sfârșitul iernii.
Succesiunea episoadelor este mai frecventă la pacienții bipolari decât la unipolari
Frecvența ciclurilor are tendința de a crește cu vârsta.
Perioadele intercritice nu sunt libere la toți pacienții
Remisiunea poate fi reziduală
Simptome posibile sub forma unei hipomanii, a unei depresii moderate sau simptome psihotice (pacient care are un sindrom delirant incongruent cu dispoziția, asociat cu simptome afective, intrând în discuție o tulburare schizo-afectivă)
În acest ultim caz, evoluția este cronică, nemaifiind posibilă restabilirea normotimiei
Handicap pe plan social
20% din pacienții bipolari mor prin suicid, frecvența fiind egală la ambele sexe.
Tentativele de suicid sunt mai frecvente la femei
Riscul suicidar este mai important în primul an de evoluție al tulburării afective.
Sunt frecvent observate abuzul și dependența la alcool: 21% la unipolari și 46% la bipolari.
Consumul de alcool este mai frecvent în timpul episoadelor maniacale.
O comorbiditate alcoolică este mai frecventă în cazul tulburării bipolare de tip II decât în cazul celei de tip I.
Risc crescut de toxicomanie la bipolari (41%).

TRATAMENT

2 faze ale tratamentului: tratamentul episodului acut și tratament profilactic, în asociere cu diferite forme de psihoterapie.
--

Tratamentul episodului depresiv: conform specificațiilor anterioare
Depresia bipolară; risc de viraj maniacal sub antidepresive.

Tratamentul episodului maniacal: conform indicațiilor anterioare

Tratamentul profilactic al tulburării bipolare

Poate fi început odată cu primul episod maniacal sau după un episod depresiv major (dacă a recidivat) sau dacă în antecedente există un episod maniacal.

Tratament timostabilizator

De primă intenție Litium, după bilanțul preterapeutic pentru tulburarea bipolară tip I

Anticonvulsivante (Tegretol, Depakine) dacă există contraindicații sau rezistență la Litium, în cazul ciclării rapide sau în cazul tipului II sau simptomatologiei mixte.

Terapie electroconvulsivantă de întreținere la pacienții rezistenți la tratamentul profilactic, care fac recăderi frecvente și care au răspuns favorabil la prima cură.

Psihoterapii

De lungă durată

Susținere psihologică și pedagogică a pacientului și a anturajului

Complianță și alianță terapeutică

Lucrul cu pacientul și cu anturajul său pe factorii de decompensare (tulburările de somn, dependența de droguri, de alcool, stoparea tratamentului)

În anumite cazuri psihoterapii mai structurate (terapii cognitiv-comportamentale, de inspirație analitică)

Episodul depresiv

Depresia este o stare opusă celei maniacale, caracteristicile sale fundamentale fiind reprezentate de dispoziția tristă, inhibiția proceselor intelectuale și inhibiția psihomotorie.

Debutul

Este de obicei lent, mai rar brusc, prin cefalee, astenie, indispoziție, insomnii, inapetență. Treptat bolnavii devin tăcuți, inactivi, retrași, impresionabili, hiperemotivi, cu tendință la pesimism. Apare o lentoare în desfășurarea ideății, nehotărâre și delăsare care poate merge până la neglijență.

Perioada de stare

Tabloul clinic caracteristic episodului depresiv se conturează treptat, prin amplificarea progresivă a simptomatologiei din perioada de debut, în câteva zile sau săptămâni. Ca și în cazul stărilor maniacale, în stările depresive tulburarea psihopatologică fundamentală este situată în sfera afectivă. Ea este însă opusul celei din stările maniacale, fiind reprezentată de hipertonie negativă care este însoțită de sentimente de culpabilitate, dezonoare, rușine și durere morală. Această stare de tristețe profundă determină perturbări în toate celelalte sfere ale psihismului. Ținuta vestimentară a depresivului este neglijentă, dezordonată, starea de igienă precară. Atitudinea este inertă, capul aplecat,

expresia feței reflectă tristețe, fruntea este plină de cute, în formă de omega melancolic, privirea fixă, imobilă. Mimica este hipomobilă, cu expresie de durere morală, gesturile se caracterizează prin mișcări lente, ezitante, de amplitudine redusă. Păstrează mult timp aceeași postură, parcă într-o atitudine de abandon. Contactul verbal se stabilește cu dificultate, vocea este de intensitate scăzută, uneori șoptită, se exprimă rar, monoton, răspunsurile sunt scurte, sărace și apar după intervale de latență ilustrând parcă indecizia și efortul comunicării. Percepția nu este modificată calitativ, apare în schimb impresia că lumea este îndepărtată, cu o notă de irealitate, stare care amintește derealizarea. Proprioceptorii reflectă o proastă cenestezie, senzațiile interne fiind neplăcute și resimțite penibil. Atenția are un volum restrâns și este orientată spre interior, fiind concentrată asupra conținutului ideativ negativ cu lipsa de interes pentru toate celelalte aspecte ale realității. Memoria pare a “scotomiza” aspectele pozitive ale realității. Ea readuce din trecutul bolnavului doar amintiri neplăcute, penibile (hipermnezie selectivă univoc negativă). Fapte care la vremea lor au fost interpretate just, obiectiv, sunt reevaluate în sens negativ și retrăite ca atare. Gândirea este încetinită, ritmul ideativ este lent și sărac, asociațiile între idei efectuându-se cu greutate. Reducerea randamentului intelectual prin inhibiția psihică generalizată și lipsa de interes poate crea impresia de aparentă deteriorare psihică. Conținutul ideativ al gândirii este sărac și are o coloratură exclusiv micromanică, pesimistă. El reflectă renunțarea, descurajarea, resemnarea, dezgustul, uneori disperarea. Incapabil de orice inițiativă și efort datorită hipobuliei exprimate depresivul apreciază dificultățile vieții ca fiind de neînvins. Sunt prezente și ideile hipocondrice, bolnavul oscilând între teama și dorința de boală. Temele dominante sunt însă cele de culpabilitate și autodeprecieri pentru că, așa cum arăta H.Ey, “depresivul, chiar hipocondric, se consideră mai mult vinovat decât bolnav”. El se percepe nedemn de orice apreciere favorabilă, de orice stimă, un om incapabil de idei sau sentimente pozitive, ceea ce îi mărește durerea morală în care se zbate. Acest fenomen prin care bolnavul suferă pentru că, conform modului său de a gândi, nu mai este în stare să sufere, se numește “anestezie psihică dureroasă”. Bolnavul are impresia, adesea delirantă, că în jurul său totul se ruinează, cei apropiați lui sunt bolnavi, toată lumea o să dispară. Situația în care se află îi apare ca fiind de nerezolvat, implacabilă iar viitorul lipsit de orice perspectivă luminoasă. Ideea suicidului decurge aproape de la sine în contextul acestor trăiri și este prezentă întotdeauna în mintea unui depresiv, chiar și în depresiile de mai mică intensitate. Uneori depresia este acompaniată și de anxietate, la cote variabile, comportamentul bolnavului reflectând acest lucru (starea de agitație anxioasă). De cele mai multe ori însă dispoziția depresivă induce un grad variabil de inhibiție a psihomotricității care, în formele mai grave, poate ajunge la starea de stupeoare melancolică. Cel mai adesea bolnavii prezintă și tulburări de somn, caracteristice fiind în special deșteptările extrem de matinale, când intensitatea depresiei este maximă, la fel ca și pericolul suicidar. Sfera instinctuală este și ea global inhibată, sub toate aspectele sale (instinct de apărare, alimentar, sexual). Bolnavii nu prezintă tulburări de conștiință cu excepția conștiinței bolii psihice care este absentă, depresivii considerându-se mai curând bolnavi somatic.

Tulburări somatice

Cele mai frecvente sunt cele digestive: limba saburală, halena grea, anorexie, constipație. Se mai notează insomniile rebele, cefalei, cenești, dureri articulare, slăbire în greutate.

Există bolnavi la care depresia se limitează la existența periodică a acestor "echivalente depresive"

FORME CLINICE

1. Depresia simplă corespunde tabloului descris cuprecizarea faptului că lipsesc ideile delirante.
2. Depresia anxioasă se caracterizează prin prezența anxietății la cote mari, ceea ce dă o notă aparte tabloului clinic.
3. Depresia stuporoasă este dominată de intensitatea inhibiției psihomotorii care poate ajunge până la stupoare.
4. Melancolia delirantă se caracterizează prin faptul că tematica delirantă domină tabloul clinic.
5. Depresia cronică este o formă de depresie care nu mai remite și la care se poate ajunge printr-o evoluție îndelungată.

DIAGNOSTIC POZITIV ȘI DIFERENȚIAL

Se impune în unele forme cu depresiile reactive sau nevrotice (care s-ar datora unor cauze psihogene), cu melancolia de involuție, depresiile atipice care pot inaugura evoluția unei schizofrenii, depresiile simptomatice în cadrul unei afecțiuni organice (leziuni cerebrale prin tumori, encefalite, tulburări vasculare arterioscleroză, perturbații metabolice sau endocrine), depresii secundare puerperalității, unor teapeutici medicamentoase (rezerpină), echivalențele somatice ale depresiei, depresiile "mascate". Stupoarea depresivă trebuie diferențiată de cea catatonică și confuzivă. Uneori depresiile psihotice trebuiesc diferențiate de demențe.

EVOLUȚIE

Episodul depresiv poarte dura de la 6 săptămâni la 4-6 luni, rezoluția fiind lentă. În tot acest răstimp posibilitatea suicidului pune viața depresivului în pericol, necesitând observarea continuă a bolnavului, cu atât mai mult cu cât acesta are adesea tendința de a disimula simptomele psihice în scopul inducerii în eroare a anturajului (pentru ca scăpând de observația celor din jur să se poată sinucide mai ușor).

EPISODUL MANIACAL

Se caracterizează printr-o stare de excitație, care predomină în sfera afectivității, ideăției și activității.

De obicei primul acces apare între 20-40 de ani.

Debutul

Poate fi uneori insidios, precedat de o fază prodromală caracterizată prin nălniște, iritabilitate crescută, conduită zgomotoasă, tulburări de somn etc. sau brusc, fără prodrome, instalându-se dintr-o dată o stare de agitație psihomotorie considerabilă.

Perioada de stare.

La bolnavii aflați în plin acces maniacal tulburarea psihopatologică fundamentală este situată, așa cum am mai arătat, în sfera afectivă, fiind reprezentată de hipertimia pozitivă (euforie). Pacienții se simt fericiți, sunt veseli, exuberanți, buna lor dispoziție fiind una contagioasă, care se transmite cu ușurință anturajului. Starea de euforie determină în mod secundar apariția unor tulburări în toate celelalte sfere ale psihismului. Veselia maniacalilor se citește pe fața lor mereu zâmbitoare, în privirea care emană vioiciune și în gesturile largi, degajate cu care își subliniază discursul. Vestimentația, adesea neglijentă, este frecvent împodobită cu floricele, insigne sau alte obiecte viu colorate. Atitudinea jovială, extrem de prietenoasă, cu care îi întâmpină pe cei din jur face contactul verbal ușor, spontan. Sunt hipersociabili și de neintimidat. În planul gândirii hipertimia pozitivă generează o accelerare a ritmului ideativ, fenomen care se traduce verbal prin logoree. În mintea maniacalilor apar concomitent atâtea gânduri despre care ei consideră că ar fi important să fie comunicate anturajului încât, începând să relateze ceva, trec la o altă temă înainte de a o fi epuizat pe prima deschizând o paranteză pe care apoi uită să o mai închidă deoarece între timp apare o altă idee, la fel de importantă, astfel că, în final nu se mai știe de unde au pornit și unde vor să ajungă. Acest fenomen poartă denumirea de fugă de idei și, în varianta sa extremă poate face ca, per ansamblu, vorbirea maniacalului să pară incoerentă. Conținutul ideativ al gândirii este colorat în roz, temele dominante sau delirante având invariabil un caracter expansiv, de grandoare. Vocabularul este presărat adesea cu expresii picante, uneori cu grosolănii, injurii sau aluzii cu caracter erotic. Se află într-o continuă mișcare ce poate atinge uneori intensitatea unei veritabile stări de agitație psiho-motorie. În dorința lor de a se face cât mai utili celorlalți se angrenează concomitent în activități multiple și variate pe care nu au însă răbdarea să le ducă la bun sfârșit pentru că se plictisesc repede. Acest fenomen poartă denumirea de hiperactivitate sterilă. În altruismul lor debordant maniacalii sunt capabili să risipească valori însemnate în obiecte sau bani. Percepția nu este modificată calitativ dar se constată un oarecare grad de hiperstezie senzitivo-senzorială. Atenția are un volum mărit și o mobilitate crescută, capacitatea de concentrare este însă diminuată. Evocările mnezice sunt extrem de facile și tumultuoase, capacitatea de fixare suferă însă datorită tulburărilor de atenție. Conștiința nu este modificată însă conștiința bolii psihice lipsește cu desăvârșire. Imaginația este exaltată iar sfera instinctuală în întregime dezinhibată. Uneori se constată o anumită labilitate a stării lor emoționale în sensul că pot face treceri destul de rapide și neașteptate de la veselie la mânie, mai ales dacă sunt contrașiși.

Tulburările somatice sunt constante, strâns legate de cele psihice. Ele se traduc printr-o exagerare a tonusului simpatic exprimată prin tahicardie, midriază și creșterea secreției sudorale.

Deși setea și foamea sunt accentuate și bolnavul mănâncă destul de mult, în cursul episodului maniacal se constată o scădere ponderală (datorită, cel puțin în parte, stării de agitație care antrenează un catabolism accentuat).

FORME CLINICE

1. *Mania acută* se prezintă așa cum a fost descrisă mai sus.
2. *Mania supraacută* sau *coleroasă* diferă de precedenta prin intensitatea extrem de mare a stării de agitație psihomotorie și gravitatea tuturor celorlalte simptome.

3. *Mania confuzivă* este o formă a stării maniacale dominată de incoerență, la care se adaugă apariția unor tulburări de conștiință. În aceste ultime două forme, prin supraadăugarea refuzului alimentar, a deshidratării și hipertermiei la agitația psihomotorie extremă, se poate ajunge la stări deosebit de grave, care pot pune viața bolnavului în pericol.

4. *Hipomania* reprezintă o stare maniacală atenuată, în care fenomenele clinice nu ies cu mult în afara normalității.

5. *Mania cronică* este o stare maniacală permanentă, care numai remite, de obicei de intensitate ușoară sau moderată, caracterizată în primul rând prin tendința bolnavilor spre colecționarism și a se împodobi cu diverse obiecte.

EVOLUȚIE

Evoluția spontană (fără tratament) a unui acces maniacal este de 4-5 luni. Astăzi, sub influența chimioterapiei ea s-a redus mult, variind de la câteva zile la câteva săptămâni. Urmează o perioadă de remisie completă, dar recidivele sunt frecvente.

Prognostic

Cel imediat, al crizei, este favorabil, dar cel îndepărtat este mai rezervat, în sensul că nu se poate prevedea un nou acces care poate surveni oricând pe parcursul vieții.

Diagnostic pozitiv și diferențial

Identificarea și diagnosticarea tabloului maniacal este ușoară. Totuși uneori se impune diagnosticul diferențial cu așa zisele "manii simptomatice", care apar în cadrul altor afecțiuni (psihice sau somatice), de exemplu accesul maniacal care poate marca debutul unei psihoze senile, accesul maniacal toxic (din alcoolism, intoxicații cu oxid de carbon, consum de amfetamine, cocaină sau după tratamente medicamentoase cu ACTH, cortizon, hidrazidă etc.), accesul maniacal posttraumatic (după unele traumatisme cranio-cerebrale), cel din tumorile regiunii diencefalice și hipotalamice ale creierului, stările maniacale din tulburările endocrine (maniile puerperale, ale pubertății și menopauzei, sindroamele de excitație maniacală care însoțesc uneori hiperfoliculinemiile, hipertiroidiile, tulburările hipofizare și suprarenale).

GERONTOPSIHIATRIA

Un capitol important al psihiatriei contemporane este axat pe studiul tulburărilor psihice ce apar la persoanele vârstnice. Individualizarea gerontopsihiatriei este justificată de (c) gama largă de tulburări psihice din această perioadă de vârstă de la cele de intensitate nevrotică până la cele profund destructurate din demență

- (d) gravitatea evoluției clinice a unor tulburări psihice (ex. demențele) cu serioase consecințe sociale și economice pe lângă cele strict medicale (de tratament, internare în spital sau alte instituții de profil, etc.)
- (e) morbiditatea ridicată cu tendința de creștere continuă determinată atât de creșterea speranței de viață (în medie în jur de 72 de ani) cu creșterea implicită a numărului de îmbolnăviri cât și de amplificarea și diversificarea factorilor de risc în unele boli cu certă influență în determinarea tulburărilor psihice (ex. ateroscleroza, hipertensiunea arterială, diabetul, obezitatea etc.) precum și uzul și, mai ales, abuzul de toxice (alcool, tutun, tranchilizante, etc.)

Este unanim acceptată constatarea că situația vârstnicilor pune astăzi mari și serioase probleme societății. Datele statistice demonstrează că bătrânii vor continua să reprezinte o categorie socială ce va greva din punct de vedere economic posibilitățile comunității de a le asigura un nivel de trai decent. Pierre Vellas în lucrarea “Les chances de la 3-eme agée” din 1974 spunea “ condiția îmbătrânirii este marea problemă a timpului nostru, cum a fost tinerețea în anii ’25 după război”. Percepția despre vârstnic este și ea, din păcate, în curs de “deteriorare”. Dacă înainte în societățile și familiile tradiționale bătrânul era perceput ca un personaj util, păstrător al experienței de viață, sursă de învățatură transmisă tinerilor, astăzi această optică tinde să devină perimată, depășită. În felul acesta se poate irosi un fond bogat de cunoștințe și experiență care poate fi benefic și încă util pentru societate. În acest sens este de reținut afirmația lui A. Toffler care în cartea sa “Șocul viitorului” spune: “ o societate fără bătrâni (sau cu bătrâni excluși social) este o societate dezechilibrată care riscă să meargă în derivă”.

Patologia acestei vârste trebuie studiată prin prisma procesului biologic de involuție al organismului și a psihologiei bătrâneții. După cum există o mentalitate normală la copii, adolescenți și adulți, există o mentalitate a persoanelor vârstnice (Marchand). Se face deci deosebirea între *senescență* care este procesul fiziologic de îmbătrânire și *senilitate* care are caracter patologic.

Delimitările între aceste două noțiuni nu sunt întotdeauna nete. Lhermitte și Nicolas afirmă că “între senescența fiziologică și senilitatea patologică se recunosc numeroase puncte de trecere, prima nefiind adesea decât preludiul celei de a doua.”

Din punct de vedere cronologic se distinge perioada de *presenescență* (între 45-65ani) și *senescență* (după 65 de ani). După unii autori datarea aceasta este discutabilă. Termenii menționați se referă la îmbătrânirea fiziologică normală spre deosebire de termenii de *presenilitate* și *senilitate* care desemnează îmbătrânirea patologică.

Aspecte etiopatogenetice

Îmbătrânirea este un fenomen natural, inevitabil ce precede moartea. Mecanismele care stau la originea procesului de involuție, de uzură fiziologică și psihologică ce caracterizează bătrânețea nu sunt pe deplin elucidate. Există numeroase ipoteze, unele susțin rolul factorului genetic, altele rolul neuromediatorilor în contextul a ceea ce s-a numit “neurochimia” îmbătrânirii sau rolul- cel puțin precipitat, favorizant-al unor tulburări în metabolismul apei, a sodiului, potasiului, calciului, fierului etc. precum și rolul unor boli cu evoluție cronică (HTA, ateroscleroză, diabet) și a consumului de toxice (alcool, tutun, droguri).

Îmbătrânirea este un proces deosebit de complex, este lent și insidios, debutează precoce încă din perioada tinereții, influențat de biopsihotip, de evenimentele care marchează

istoria individului, de boli intercurrente și alți factori aleatori, imprevizibili. Ea mai depinde și de maniera în care individul și-a “trăit” viața și percepe finitudinea ei (îmbătrânim așa cum am trăit).

Făcând abstracție de neajunsurile fizice ale vârstei ca diminuarea tonusului și forței musculare, lentoare în mișcare, diferite algii osteoarticulare și musculare, perturbarea ritmului nictemeral etc., mai supărătoare sunt modificările psihologice și emoționale. Astfel, cu deosebire după 65 de ani începe să se manifeste o deteriorare a funcțiilor psihice. Se remarcă o treptată dificultate în utilizarea funcțiilor instrumentale- astenia și memoria-implicit a capacității operaționale a inteligenței. Se vorbește de un fenomen de “psihoscleroză” care ar fi caracteristic bătrânului, care ar avea dificultăți în achiziționarea “noului” în adaptarea la noi situații, mai mult sau mai puțin conjuncturale și cu “modulare” emoțională adecvată. Dar în mod normal vârstnicul încearcă- și de cele mai multe ori reușește-să depășească dificultățile și să se adapteze la noile condiții de viață, dacă este înțeles și ajutat de familie și de societate.

Se poate crede că procesul complex al îmbătrânirii este înscris într-un “program de viață” pe care-l poartă fiecare în genomul său, odată cu venirea pe lume (Ruffie). Dar acest program poate fi totuși influențat de condițiile de viață. El va fi mai accentuat sau mai încetinit în raport cu condițiile concrete ale existenței individului. Este fapt stabilit că activitatea continuă contribuie la încetinirea procesului de senescență, permițând bătrânului o adaptare socială și chiar profesională uneori remarcabilă. Desigur un individ va îmbătrâni mai repede sau mai încet cu deficite somato-psihice mai mari sau mai mici în raport și de stresul la care este supus atât pe plan fizic (boală, surmenaj etc.) cât și psihologic (eșecuri, conflicte, necazuri etc.). pe de altă parte se constată faptul că declinul intelectual și creator al bătrânului este relativ și trebuie interpretat contextual și individual.

Interpretările pe această temă datează de foarte multă vreme. Astfel dacă pentru Ovidiu: “înțelepciunea vine cu vârsta” pentru Terențiu dimpotrivă “senectus ipsa est morbus”. În epoca noastră unii cercetători sancționează vârsta înaintată considerând-o ca o etapă a vieții puțin fecundă, afirmând tinerețea ca o veritabilă creatoare de valori. Această opinie este argumentată cu faptul că cei mai mulți savanți au atins apogeul activității și creativității la vârsta adultă (30-45 de ani). Un exemplu îl oferă Pascal a cărui creație de vârf a fost realizată la maturitate. În schimb – pentru a da un exemplu din multe altele – Darwin, a cărui perioadă creatoare originală a început după vârsta de 50 de ani, dovedește relativitatea momentului “cronologic” în creativitate. Se poate concluziona că viața, activitatea și creativitatea bătrânului ca individ nu poate fi “dizolvată” în generalitatea și impersonalitatea bătrâneții ca proces biopsihologic. Nuanțările sunt necesare după cum este necesară și schimbarea mentalității oamenilor față de bătrâni. aceștia nu trebuie văzuți numai ca o “povară” ce trebuie suportată de societate. Imaginea bătrânului trebuie schimbată – spun unii psihologi și sociologi pentru că probabil adultul vede în bătrân imaginea propriei viitoare decăderi și încearcă să o nege, să nege pur și simplu bătrânețea, să o elimine “eliminând” bătrânul. Trebuie însă bine precizat că acest mod de a gândi nu caracterizează psihologia adultului sau a tânărului dar nici nu se poate nega faptul că, într-o oarecare măsură, mai mult sau mai puțin conștient, imaginea bătrâneții este scotomizată. Cu mult tâlc și adevăr André_Maurois la 80 de ani a spus “arta de a îmbătrâni este arta de a apărea în fața generațiilor care vin după tine ca un sprijin și nu ca un obstacol, ca un confident și nu ca un rival”. O astfel de percepție a îmbătrânirii și a

bătrânului ar putea conduce, cel puțin din punct de vedere psihologic, la o reconsiderare, dintr-o perspectivă mult mai obiectivă, a mult invocatului așa zis conflict între generații.

Aspecte clinice

În cadrul gerontopsihiatriei majoritatea autorilor includ următoarele boli:

1. nevrozele de involuție destul de frecvente, mai ales după vârsta de 60 de ani. În general stările nevrotice au un caracter reactiv determinate fiind de condițiile de existență modificate, adesea precare și frustrante (pensionare, devalorizare, însingurare, marginalizare socială, evenimente existențiale traumatizante, pierderea partenerului de viață, suferințe organice etc.) cele mai frecvente simptome sunt anxietatea, depresia, hipocondria, cenestopatia. Trebuie reținut faptul că unele stări nevrotice care apar la bătrâni pot fi și “reactualizări” ale unor nevroze anterioare.
2. tulburările de comportament manifestate prin modestă sau inadecvată complianță la statutul de vârstnic care este exprimată - mai mult sau mai puțin evident - prin atitudini de refuz, chiar opoziție, încăpățănare, intoleranță și neîncredere în persoanele apropiate, conflictualitate intra și/sau extrafamilială. Uneori acest comportament reprezintă o recrudescență a unei dizarmonii caracteriale de fond, manifestată într-o formă sau alta pe tot parcursul vieții. Alteori este consecința procesului de senescență și a ambianței socio-familiale nefavorabile.
3. mania și melancolia de involuție care au în esență aceleași simptome întâlnite și în psihozele afective endogene (vezi Mania și Melancolia). Prezintă însă și unele particularități: au o evoluție mai favorabilă, absența în antecedente a episoadelor psihotice de tip afectiv, apariție tardivă după 50 de ani, iar în cazurile de depresie adesea prezența unui delir micromanic de tip Cotard.
4. psihoze delirante de involuție sunt tulburări psihice relativ mai rar întâlnite. Se caracterizează prin scăderea controlului rațional, afectiv și volițional al bolnavului față de evenimentele vieții psihice. Debutază între 45-65 de ani și, după unele opinii, ar fi mai frecvente la sexul masculin, spre deosebire de depresia de involuție care este mai des întâlnită la sexul feminin. Se remarcă faptul că aceste tablouri clinice de coloratură mai ales paranoidă pot reprezenta de fapt preambulul unui proces deteriorativ de tip demential. Altele au o evoluție bună spre remisiune. În acest context Mayer Gross distinge “psihoze funcționale senile” ce apar după 65 de ani. Cele mai importante forme clinice sunt: a) delirul de prejudiciu – bolnavul are convingerea că a fost păgubit material (i-au dispărut bani din casă, bunuri de valoare); b) paranoia de involuție caracterizată prin sentimentul de neîncredere în familie, în anturaj, în general note interpretative și de persecuție; c) delirul parafrenic caracterizat de un amestec prolix de idei delirante expansive, de grandoare, megalomanie, false recunoașteri, confabulații bogate etc. dar cu o adaptare satisfăcătoare la realitate. Unii psihiatrii consideră aceste delire de involuție ca fiind de fapt schizofrenii ce au debutat în tinerețe și s-au “reactivat” în perioada presenescenței sau și mai târziu în perioada presenescenței sau și mai târziu.

Pe lângă aceste tulburări psihice considerate evolutiv ca nedemențiale cu șanse de remisiune satisfăcătoare, se descriu forme clinice grave cu evoluție implacabilă spre deteriorare psihică globală de tip demential.

Sindromul demential din punctul de vedere al simptomatologiei se caracterizează prin trei categorii de simptome: a) dismnezii și amnezii- la început de fixare apoi de evocare, ce

determină o tulburare gravă de identitate b) hipoprosexia, aprosexia și orientarea în timp și spațiu și apoi a propriei persoane (autopsihică). Lentă dar continuă dezorganizare a gândirii, a judecății cu tulburări în exprimarea verbală, tulburări gnozice și praxice (ex. apraxia ideomotorie). În final se ajunge la pierderea capacității de comunicare corectă cu mediul, anturajul familial și social. c) pe fundalul acestei deteriorări psihice globale apar tulburări diverse ale comportamentului și caracterului (dezinteres, apatie, instabilitate psihomotorie, fugi, exhibiționism, vagabondaj, acte licențioase etc.).

Se cunosc mai multe tipuri de demențe dintre care unele au cauze cunoscute iar altele nu, dar practic toate au un prognostic nefavorabil. Menționăm două demențe mai importante și prin frecvența lor.

Demența Alzheimer

Boala debutează de obicei după 50-60 de ani dar se cunosc debuturi mai timpurii la 40-45 de ani dar și mai tardive după 70 de ani. Simptomele cele mai importante sunt cele din sferă cognitivă, în special a memoriei, false recunoașteri, dezorientare temporo-spațială, apatie, indferentism. Uneori pot apărea episoade anxioase sau bufee de agitație psihomotorie, idei delirante de persecuție, prejudiciu, gelozie cu sau fără halucinații. Se consideră caracteristic sindromul afazo-agnozo-apraxis cu afazie de tip senzorial, dizartrie, jargonofazie etc. sunt prezente și simptome neurologice ca: tulburările de mers, rigiditatea de tip extrapiramidal, hipertonie, akinezie, relativ frecvent crize de aspect comițial. În final deteriorarea mintală este atât de masivă încât se poate vorbi de o veritabilă “deșertificare” a vieții psihice. Moartea survine după 2-5 ani de evoluție, de cele mai multe ori datorită unei insuficiențe organice grave sau a unei boli infecțioase pe fundalul unei stări cașectice.

Tratament

Nu există un tratament eficient, demența fiind incurabilă. Cu valoare paliativă și simptomatică sunt indicate medicamentele cu rol de susținere a funcțiilor neuronilor - cel mai recent este Ariceptul. Se urmărește încetinirea procesului de distrugere lentă a neuronilor și prelungirea capacității de comunicare cu lumea a bolnavului. Există numeroase alte medicamente care sunt indicate de psihiatru în contextul unei strategii terapeutice mai complexe care include și măsuri igienico-dietetice și suportive.

Demența senilă

Apare după vârsta de 70 de ani debutul este insidios și progresiv manifestat prin dificultăți în utilizarea funcțiilor gândirii și a stocului lexical. Atenția este labilă, evenimentele din ambianță sunt percepute cu dificultate, dispoziția variabilă, uneori cu tentă euforică alteori depresivă. Frecvente sunt tulburările de somn - de multe ori insomnie tenace cu neliniște nocturnă (bolnavii umblă prin cameră, caută prin sertare, mișcă obiectele de mobilier) și somnolență diurnă. Uneori demența senilă poate debuta printr-un episod psihotic confuziv-oniric sau delirant. În faza de stare – după o evoluție de mai multe luni de la debut – devin evidente caracteristice demenței: tulburări grave de memorie, dezorientare temporo-spațială, tulburări de inteligență, incapacitate de a realiza raționamente logice corecte, absența capacității critice și autocritice în evaluarea evenimentelor noi. Pot apărea episoade delirant-halucinatorii cu teme de prejudiciu sau persecuție, tulburări psihomotorii, vagabondaj, stereotipii și automatisme.

Evoluția și sfârșitul sunt practic aceleași ca în demența Alzheimer. Tratamentul este simptomatic cu vitamina B1, B6, Lecitină, Cerebrolizin, Piracetam, regim igienico-dietetic. Pe lângă aceste două tipuri de demență în gerontopsihiatrie sunt cunoscute și descrise numeroase alte tablouri clinice demențiale care apar în contextul unor boli neurologice sau organice. Mai importante sunt următoarele: *demența vasculară* care are la origine arterioscleroza cerebrală, HTA, infarctul cerebral, accidentul vascular cerebral (AVC); *demența Pick* cu debut de regulă în presenescență și cu simptomele caracteristice sindromului demențial dar este mai puțin frecventă comparativ cu Alzheimer; *demența alcoolică* și *demența postraumatică*, prima consecință abuzului cronic de băuturi alcoolice, a doua după un traumatism cranio-cerebral grav.

Pentru bolnavii cu sindroame demențiale sunt create unități spitalicești specializate care asigură tratamentul și îngrijirea corespunzătoare. Aceste instituții sunt necesare datorită numărului în creștere a bolnavilor cu demență care, la un moment al evoluției bolii, cu greu pot fi menținuți în familie. În plus calitatea tratamentului și a îngrijirii medicale este mai bună în aceste servicii, care sunt și mai bine înzestrate cu mijloace tehnice variate ce facilitează menținerea funcțiilor psihice și motorii pe o perioadă mai mare de timp.

Dimensiunea medico-socială a bătrâneții și a bătrânului obligă societatea la regândirea statutului vârstnicului. Dacă medicina încă nu poate face prea mult pentru tratamentul bolilor psihice ale bătrânilor, mai ales a demențelor, societatea – în scop preventiv și de ameliorare a calității vieții – ar putea juca un rol important. În primul rând se pune problema asigurării, pe cât este posibil, a inserției sociale a persoanelor în vârstă, în funcție de capacitățile lor psihice și fizice, în structuri social-economice de stat sau private care să permită valorizarea profesională și menținerea stimei de sine. În fond, acești oameni reprezintă o investiție culturală, un capital valoros, rezultat al unei îndelungate experiențe de viață în diferite domenii ale activității umane, de care societatea ar putea beneficia. Retragerea din activitate pe criteriul administrativ (pensionare) nu trebuie considerată ca punct final al unei munci de o viață, ci ca o continuare în alte condiții sau ca un posibil început pentru o altă activitate.

În multe țări occidentale se fac eforturi în scopul angrenării persoanelor vârstnice în diferite activități și servicii, inclusiv în noi orientări profesionale. Ideea de bază este de a menține vârstnicul cât mai mult posibil într-o activitate și în mediul său familial și social, evitându-se fenomenul de marginalizare, de transformare a lui într-un “mort social”.

TOXICOMANIILE

Folosirea de substanțe capabile să influențeze dispoziția și comportamentul, cunoscute în mod obișnuit sub denumirea generică de “droguri”, datează de milenii, fiind întâlnită constant, în diversele structuri socio-culturale, care, de multe ori, au legitimat consumul unora dintre ele, cel puțin în anumite circumstanțe, perpetuate prin tradiție.

Toxicomania este un termen clasic, sinonim cu cel de narcomanie, toxicofilie, dependență sau farmacodependență.

Experții O.M.S. au descris în deceniul al șaselea al secolului nostru două aspecte principale legate de consumul de substanțe psihoactive:

1. Toxicomania propriu-zisă (addicția), care reprezintă o stare de intoxicație cronică sau periodică, produsă de consumul repetat al unui drog natural sau sintetic și care se caracterizează prin:

Dorința invincibilă de a continua consumul și de a obține substanța prin orice mijloace;

-Tendința la a mări dozele (toleranța);

Dependența fizică și psihică de efectele drogului, concretizată prin apariția sindromului de abstenență, cu simptomatologie psihică și somatică specifică în cazul întreruperii bruște a consumului;

Efecte negative asupra individului și societății;

2. Obișnuința, care rezultă din consumul repetat al unui drog și care se caracterizează prin:

Dorința (dar nu compulsivitatea) de a lua drogul;

tendința redusă sau absentă de a mări dozele;

O anumită dependență psihică, fără dependență fizică (absența sindromului de abstenență în condiții de sevrăj);

Efecte negative esențiale pentru individ.

Orice dependență (addicție) față de o substanță psihoactivă presupune existența a două aspecte: toleranța și abstenența (sevrăjul).

Toleranța și simptomatologia de sevrăj sunt elemente fundamentale pentru definirea dependenței precum și, așa cum s-a mai arătat, pentru diagnosticul diferențial dintre abuzul și dependența de substanțe, delimitare recomandată și de clasificarea americană a bolilor psihice (DSM - III), începând cu 1980.

Până la un moment dat s-a presupus că atât toleranța cât și sevrăjul (abstenența) sunt mediate de aceleași mecanisme fiziopatologice, fapt care a fost infirmat de date mai recente.

Astăzi problema drogului a depășit de mult o țară, un continent sau o civilizație, devenind o problemă mondială

De la bun început trebuie subliniat că toxicomania depășește cu mult – ca importanță și greutate, ca preocupare și posibilități de rezolvare – granițele medicinei. La elucidarea acestui capitol de mare răspântie sunt chemați să-și dea concursul sociologii, psihologii, juriștii, economiștii, educatorii și politicienii, fiecare încercând pe măsura profesiei pe care o deține, să găsească mijloacele cele mai eficiente de a stăvili actualul dezastru produs de creșterea îngrijorătoare a consumului, odată cu scăderea mediei generale a vârstei de debut de la 20 - 25 de ani la 13 - 15 ani - mai ales în țările din apusul Europei și S.U.A.

Explozia de stupefiante sintetice, precum și reclamele zgomotoase și abundente pentru consumul de sedative și de tranchilizante minore, au făcut să apară noi modele de toxicomanii, cu precădere în țările unde nu există suficiente măsuri de control și oprire a contrabandei cu droguri, sursa cea mai directă a "beției albe".

Clinica toxicomaniei.

În apariția și desfășurarea unei toxicomanii medicamentoase se găsesc înțreșiți o diversitate de factori cu contribuții variabile. În afara *calităților farmaceutice* ale

drogului pe locul cel mai important sunt situații *factorii personali*, atât cei psihologici cât și cei de natură biologică, pentru că în această întâlnire pe timp îndelungat între om și drog, omul continuă să rămână marele vinovat. În ansamblul lor, cercetările au încercat să identifice aspectele vulnerabile, respectiv "punctele slabe" prin care omul își deschide drumul periculos al farmacodependenței.

Drumul unui toxicoman începe totdeauna insidios, astfel că *debutul* se stabilește cu destul de mare aproximație numai printr-o evaluare retrospectivă. Omul ajunge să încerce drogul într-o situație de impas, recurgând la el ca la o soluție pasivă, facilă și oarecum la îndemână. Astăzi, se știe că mai puțin de 10% din totalul toxicomanilor încep farmacodependența intrând prin clasică "poartă a durerii", adică prin utilizarea drogului cu scopul de a scăpa de un sindrom algic (dureros) pe care medicina contemporană nu este încă în măsură să-l stăpânească. Restul toxicomanilor, care alcătuiesc marea majoritate, intră în farmacodependență prin "poarta plăcerii" a curiozității, a divertismentului sau a mimetismului, plătind ulterior un tribut foarte greu pentru o încercare aparent inofensivă.

Până nu demult medicii considerau că pentru a deveni toxicoman este neapărat necesar să fi psihopat sau cel puțin nevrotic, presupunând că o persoană matură, echilibrată și pe deplin stăpână pe propriul său organism nu este dispusă să se hazardeze într-o astfel de aventură. Astăzi însă, după "noul val" de toxicomanii produse de halucinogene, s-a constatat că afirmațiile de mai sus necesită cercetări în sensul că este foarte greșit a presupune că procentul ridicat al tinerilor consumatori de droguri din școli și universități, care se ridică în unele țări la 15-20% din populația de această vârstă, ar fi alcătuită din bolnavi psihici.

În evoluția generală a unei farmacodependenței se pot deosebi trei *faze* mai importante: faza de *tatonare*, faza de *impregnare* și faza de *degradare*. În perioada de tatonare se produce un adevărat dialog între om și drog. În acest răstimp variabil ca durată după persoană și însușirile farmacologice ale substanței folosite au loc încercări multiple și la intervale neregulate. Omul se simte stăpân pe situații și recurge când dorește la drog, de cele mai multe ori cu speranța de a-și îmbunătăți într-un fel sau altul situația de moment, mizând pe calitățile drogului. Pe nesimțite, solicitările tot mai dese, la intervale tot mai scăzute, creează o dependență față de drog. Această servitute se poate decela prin instalarea *toleranței* și în consecință a obligației de a mări doza pentru obținerea efectului și prin apariția *abstinenței* imediat ce dintr-o cauză oarecare drogul este suprimat brusc.

Dacă toleranța nu îngrijorează decât în foarte mică măsură sau chiar deloc pe toxicoman, în schimb fenomenele de abstinență prin dramatismul desfășurării lor îl neliniștesc așa de mult, încât preferă să mărească dozajul și să facă orice concesii spre a-și obține drogul, decât să cadă pradă unei stări.

Abstinența (sevrăjul) poate apare în mod "forțat" în condiții imprevizibile ca: lipsa bruscă a drogului pe piață, epuizarea rezervelor personale înaintea posibilității unei noi aprovizionări, apariția unei maladii intercurrente cu internare de urgență, accident de muncă, de circulație, închisoare, etc. Tulburările se instalează destul de repede în câteva ore și se manifestă în special prin următoarele simptome: neliniște care poate ajunge până la paroxism, agitație psiho-motorie, reacții violente de tip impulsiv, clastic sub o vădită scădere a stării de veghe și tendința instalării unui episod oniric cu halucinații și producții delirante cu conținut terifiant. Odată cu aceste fenomene psihice apar și modificările neurovegetative pe cât de insuportabile pe atât de alarmante, deoarece pun în pericol

însăși viața bolnavului. Cele mai frecvente tulburări neurovegetative întâlnite în cadrul abstenenței sunt: vărsături, diaree, midriază, transpirații, tulburări respiratorii, hiperalgii variabile, crampe musculare, colaps circulator care poate duce la sincopă și moarte. Apariția tulburărilor din cadrul sindromului de abstenență reclamă o terapie intensivă într-un serviciu de specialitate, ele reprezentând prin gravitatea prognosticului, o urgență medicală.

Clasificări.

Farmacodependențele pot fi grupate după diverse criterii, fiecare din ele presupunând un indiciu important în cunoașterea acestei vaste categorii de suferință:

a) după *natura drogului* folosit toxicomaniile se împart în toxicomanii majore și minore. Dintre toxicomaniile majore cele mai importante sunt toxicomaniile produse de opiu și derivații săi (morfină, heroina) toxicomania produsă de cocaină și canabis indica. Spre deosebire de acestea, cafeaua, tutunul, sedativele, tranchilizantele minore și după unii autori și amfetaminele produc toxicomanii minore care se instalează mai lent, dau fenomene de abstenență mai puțin importante și duc la degradarea persoanei într-un interval de timp mult mai îndelungat. Există însă autori care consideră că farmacodependența la amfetamine depășește presupusa benignitate a toxicomaniilor minore, astfel că ea poate fi considerată ca un prototip intermediar, cu atât mai mult cu cât deseori ea deschide gustul spre toxicomaniile majore, așa după cum au relevat cercetătorii japonezi.

b) După felul intoxicației se deosebește o grupă de intoxicație acută accidentală, produsă din imprudență prin supradozaj sau potențare și intoxicație acută cu scop suicidal. Intoxicația cronică este modelul cel mai frecvent întâlnit în care se parcurge într-o perioadă de câțiva ani faza de obișnuire, dependență și degradare a persoanei. În intoxicația cronică se asistă la o scădere a eficienței personale, paralele cu creșterea preocupărilor pentru drog. Funcțiile etice și critica propriei persoane sunt șterse, făcând loc unei pasivități, inerții și cunșturând declinul socio-familial al drogatului. Fizic, slăbirea progresivă însoțită de anorexie duce la scăderea rezistenței și capacității de luptă a organismului. Pe acest fond pot apare paroxistic episoade de farmacopsihoză care iau forma clinică a unei confuzii onirice, a unui paroxism halucinator-delirant, sau chiar a unui sindrom Korsacov. După trecerea episodului paroxistic, declinul se instalează mai evident, lacunele sunt mai mari și drumul spre demență continuă.

c) Statisticile moderne au demonstrat că 90% din persoanele care consumă droguri în mod abuziv, sunt *politoxicomani* și numai 10% *monotoxicomani*.

Polivalența toxicomanică se consideră a fi datorită cerințelor individului de a căuta mereu alte mijloace, fie pentru a corecta anumite inconveniente sau tulburări care apar odată cu dependența (cum ar fi spre exemplu insomnia, coșmarurile, indispoziția, iritabilitatea, depresia sau apatia, etc.) fie pentru a reedita pe o altă cale trăirile primelor experiențe.

Particularitățile clinice ale farmacodependențelor celor mai importante.

– *Opiul și derivații săi* (morfină, heroina). Clasa acestor substanțe realizează tabloul tipic al farmacodependenței. Obișnuința apare în câteva luni și toleranța permite folosirea unei doze/zi de 100-300 ori mortale pentru o persoană neobișnuită îndeamnă. În extremul orient, opiul se fumează, în timp ce în Europa apuseană și S.U.A. se folosesc mai ales injecțiile de morfină sau de heroină. Efectele psihofiziologice observate se manifestă prin

instalarea unui tablou apatico-abulic cu dezinteres progresiv pentru familie, profesie, societate și o preocupare dominantă spre folosirea drogului. Slăbirea fizică merge până la cașexie, iar întreruperea fortuită poate declanșa sindrom de abstenență pe cât de brutal pe atât de periculos pentru viața celui obișnuit să se drogheze.

– *Cocaina* este folosită sub formă de priză nazală sau orală, ceea ce face ca să apară deja local o serie de leziuni ușor evidențiabile și care precizează rapid diagnosticul (coriză, rinită, ulcerarea septului nazal, dinți verzi, eczemă, etc.). Intoxicația cronică este mai cu seamă răspândită în țările Americii Latine. Instalarea dependenței aduce cu sine progresiva ștergere a spontaneității și înlocuirea sa cu indiferență, în contrast cu episoadele paroxistice de adevărate "beții cocainice" cu logoree, agitație, neliniște. La 1-2 ani de la debut se observă scăderea ponderală, inapetență și apariția tulburărilor psihice de tipul confuzo-oniric (iluzii, dismorfopsii, halucinații vizuale strălucitoare, puncte, stele multicolore, alături de halucinații auditive și idei delirante din seria paranoidă.

– *Psihodelipticele* denumite și droguri halucinogene au reintrat pe sena preocupărilor actuale odată cu utilizarea L.S.D. -ului. Înaintea acestui drog, toxicomania aceasta era mai ales frecventă în Mexic, unde se obișnuiește consumul de mescalina pentru anumite ceremonii religioase. După 1938 când Stoll și Hofmann au sintetizat L.S.D. -ul 25, consumul abuziv a început să crească mai ales la tineri. Toate produsele din această categorie dau tulburări ale conștiinței cu instalarea unui onirism caracterizat prin iluzii, dismorfopsii, halucinații mai ales vizuale, depersonalizare, derealizare. Afectiv în decursul drogării pot apare stări de panică, de depresie sau mai rareori de extaz - cu pierderea controlului și în timpul cărora drogații pot comite acte de violență, delikte, crime sau să se sinucidă.

Hiperortosimpaticonia se asociază cu modificări labirintice și alterări ale biocurenților cerebrali evidențiabile la un examen E.E.G. Neurofiziologic, se crede că aceste droguri modifică echilibrul acetilcolină - serotonină, fie într-un exces de serotonină, fie prin faptul că analogia lor structurală cu această substanță le oferă posibilitatea de a influența receptorii celulari. În intoxicațiile cronice au fost puse în evidență de către anatomo-patologi modificări neuronale cu o reversibilitate numai parțială.

– Substanțele din grupa amfetaminelor sunt cunoscute de aproximativ 5 decenii, utilizarea exagerată a fost semnalată în Japonia, Suedia, Franța, SUA etc. Dacă doza terapeutică este de 5 - 10 mg/zi, în toxicomanii, datorită creșterii toleranței se ajunge la 500 - 1000 mg și chiar până la 5 gr/zi. Adolescenții preferă aceste produse atât pentru starea de euforie pe care o produc, cât și pentru că sunt anorexigene și astfel pot trăi 2 -3 zile fără să mănânce și să doarmă și în același timp fără a simți semnele unei oboseli. Deși până în prezent nu s-a putut observa în cazul întreruperii brusce a drogului apariția unui sindrom clasic de abstenență, în schimb întreruperea sau scăderea dozei habituale aduce după sine anxietate, depresie, slăbiciune, somnolență, o adevărată stare generală de indispoziție. În consumul cronic de amfetamine apar periodic episoade de panică, exaltare a agresivității, impulsivității, stări convulsive. Tabloul simptomatologic seamănă cu al unei schizofrenii paranoide. Experimental s-a dovedit prezența unor distrugerii neuronale masive din straturile corticale mai ales.

– Dintre sedative - hipnotice, grupul *substanțelor barbiturice* poate crea *barbitomania* descrisă deja în 1930 de Le Guilland. Dependența se instalează în decurs de câteva luni mai ales la persoane labile, după tensiuni, eșec, traumă psihică, etc., iar toleranța poate ajunge la 1 -2 gr la zi. Barbitomania produce o lentă sărăcire a fondului mintal, cu

tulburări de caracter, iritabilitate, manifestări cutanate, incoordonată psihomotorie, disartrie, salivă, obtuzie. Impregnarea barbiturică dă fenomene analoage cu alcoolismul cronic cu care este deseori confundată. În diagnosticul diferențial înafara lipsei mirosului de etanol caracteristic pentru alcool, probele de laborator (urina, sânge) pot elimina această supoziție falsă. Sindromul de abținere este extrem de alarmant, în mare similar cu delirium tremens, caracterizându-se prin tremurături, halucinații, delir, greață, febră, deshidratare, tahicardie și convulsii epileptice.

Deși sunt în atenția cercetătorilor toxicomaniile minore produse prin *tranchilizante minore* ca meprobamat, clordiazepoxid, diazepam, etc., nu au fost încă suficient de bine sistematizate.

Prevenirea și tratamentul farmacodependenței,

Mijloacele de *prevenire*, vizează informarea cât mai largă a populației despre pericolul pe care-l reprezintă farmacodependența la ora actuală și totodată crearea unei puternice opinii de masă împotriva acestui flagel social. Este de presupus că antrenarea presei, a radioului, a televiziunii și a cinematografului cât și o bună propagandă făcută de specialiști prin conferințe, dezbateri publice, etc. își vor putea aduce o contribuție esențială.

Tratamentul unui toxicoman presupune un registru larg de metode medicale și socio-educative împletite cu mult tact și perseverență spre a da rezultat.

Condițiile necesare ca un tratament să fie eficient sunt următoarele:

- a) Obligatorietatea internării într-un spital de psihiatrie. Este exclusă posibilitatea unei terapii la domiciliu știut fiind pericolul abținerei și a imperioasei dorințe de a continua luarea drogului.
- b) Internarea se va face cel puțin pentru prima perioadă într-un serviciu închis cu prezența continuă a personalului de supraveghere.
- c) Toxicomanul va fi supus la observație atentă și la controlul repetat a tuturor surselor prin care și-ar putea procura drogul.
- d) În prealabil este necesar a se obține consimțământul bolnavului și concursul familiei spre a asigura toate condițiile unei terapii corecte și adecvate.

Odată cu acceptarea acestor condiții, se începe tratamentul, care reclamă o complexitate de procedee și un interval variabil de timp, de la 4 luni la 3 ani - în funcție de stadiul în care se află toxicomania. Tratamentul cuprinde în sine trei etape:

- a) o etapă *preparatorie*, foarte scurtă de câteva zile;
- b) o etapă de *dezintoxicare* cu o durată aproximativă de 1 -4 săptămâni
- c) o etapă lungă de *consolidare* de 3 luni - 3 ani.

a) În *etapa preparatorie* se trece la determinarea cât mai exact posibil a drogului, a dozei, a modului de administrare, folosind pentru aceasta pe lângă afirmațiile toxicomanului și informațiile primite de la aparținătorii și prietenii acestuia. Tot acum, pe baza unui examen atent medical se apreciază gradul de intoxicație și starea generală a organismului, studiindu-se concomitent trăsăturile esențiale ale personalității sale. Etapa preparatorie se încheie cu alcătuirea unui program imediat și de perspectivă în care se vor angaja cele mai importante metode medicale și socio-educative utile și necesare cazului respectiv. Dacă se constată prezența unor complicații, fie datorite intoxicației acute de supradozaj

sau potențare, fie unei afecțiuni asociate, se vor lua de urgență primele măsuri care pot reclama instituirea metodelor de reanimare, într-o secție profilată în acest sens.

b) *Etapa de dezintoxicare* vizează treptata dezobișnuire a organismului față de utilizarea drogului. Astăzi s-a părăsit cu totul ideea întreruperii bruște care poate determina o serie de reacții grave, paradoxale și prin aceasta să pună în pericol însăși viața bolnavului. Drogul va fi suprimat lent și progresiv, folosindu-se o terapie intensă biologică de susținere și de corectare a tulburărilor metabolice existente (vitamine și tonice). Rolul neurolepticelor de tip fenotiazinic sau butirofenonic este astăzi universal recunoscut. Pentru stabilirea adecvată a dozelor este necesară alcătuirea schemei individuale în funcție de starea organismului, de drogul consumat și de vechimea toxicomaniei. Această perioadă se consideră încheiată dacă au trecut cel puțin 5 -7 zile fără consum de drog și fără să apară alte simptome ce ar presupune eventual o abținere.

c) *Etapa de consolidare* este perioada cea mai dificilă a tratamentului, perioadă în care apar de altfel și recidivele cele mai frecvente. Greutățile acestei perioade se datoresc faptului că este necesar un timp îndelungat până când terapia medicamentoasă de bază (roborante, tonice, tranchilizante) împreună cu psihoterapie complexă (individuală, familială și de grup) și o terapie ocupațională susținută reușesc să producă virajul necesar de la toxicomanie la o viață independentă și angajată socio-profesional. Mulți toxicomani nu au răbdarea necesară perseverenței și de aceea recidivele apar la cele mai neînsemnate traume psihice sau greutăți survenite în mod obișnuit. Ușurința de a recurge la drog obligă și în această perioadă la instituirea unui control sistematic și la organizarea unui climat familial și profesional cât mai agreabil și mai atractiv pentru bolnav. De aceea este extrem de necesar a se păstra în permanență legătura cu familia și prietenii care cunoscând bine bolnavul pot sesiza eventualele sale reacții paradoxale și prin acesta pot contribui la prevenirea recidivelor - pericolul cel mai mare din perioada de consolidare.

ALCOOLISMUL

Consumul de alcool reprezintă un obicei social ale cărui origini se pierd în negura timpurilor. El a fost din totdeauna apreciat de către oameni datorită proprietăților sale anxiolitice și euforizante

Consecințele negative ale abuzului de alcool, episodic sau cronic, atât pe plan individual, psiho-biologic, cât și pe plan socio-familial și profesional sunt de asemenea cunoscute de multă vreme.

Conceptul de alcoolism cronic semnifică o tulburare de comportament cu determinism complex, socio-psihologic și biologic, manifestată prin consum repetat și excesiv de alcool, cu repercursiuni individuale, afectând sănătatea psihică și somatică a consumatorului de alcool, precum și relațiile sale familiale și profesionale, statutul său economic și social.

Termenul de alcoolism a fost introdus de către Magnus Huss, în 1849.

Dintre toxicomanii, alcoolismul este cel mai frecvent și în continuă creștere, datorită faptului că este singurul toxic licit, inclus în gastronomia noastră cotidiană.

Asistăm în ultimele trei decenii la o creștere a consumului social admis de alcool, cu importante consecințe medico-psihologice, precum și social economice.

Etiologie

Cauzele sunt variate, profunde și complexe și sunt dominate de o serie de factori: apetența, toleranța, personalitatea, factorii socio-culturali.

a) Apetența este gustul constant și general pe care omul îl prezintă față de alcool. Istoria omenirii demonstrează acest fapt. De la început, alcoolului i s-a atribuit o valoare dionisiacă, hedonică, dinamogenă. Alcoolul s-a bucurat în comunitatea primitivă de un prestigiu mitic, religios, transmis până în zilele noastre, prin participarea acestuia la diversele ceremonii de familie sau publice. Și acum există o serie de prejudecăți care conferă băuturilor o valoare dinamogenă, de forță, de virilitate, de medicament, de aliment. Apetența la alcoolic este mult crescută.

b) Toleranța reprezintă relația dintre concentrația alcoolului în organism și gradul de intoxicație. Este variabilă cu sexul, vârsta, predispoziția ereditară. Condiția pentru un alcoolic este toleranța mărită.

c) Personalitate și biotipologie. Există o strânsă relație între particularitățile personalității și apariția unui alcoolism. Cele mai importante de care trebuie să ținem seamă, sunt: personalitate psihopatică, nevrotică, oligofrenă.

d) Factorii socio-culturali au un rol important în declanșarea și întreținerea conduitei alcoolice în special în alcoolismul prin obișnuință.

Mecanismul de producere a fost explicat diferit și s-au emis mai multe teorii.

Tulburările legate de intoxicația alcoolică au un caracter acut, subacut sau cronic.

În cadrul *intoxicației alcoolice acute* distingem *beția simplă* și *beția patologică*.

1) *Beția simplă*. Manifestările ei sunt variate, în raport cu cantitatea de alcool ingerată și cu rezistența individului. Distingem: o *fază infraclinică* - alcoolemia este sub 1gr /‰. Tulburările se pun în evidență în special prin probele psihometrice. Are o importanță

astăzi în cadrul consumului de alcool al omului de la volan. *O fază clinică* - excitomotorie, caracterizată prin euforie de tip hipomaniacal, critică scăzută, fenomene cerebeloase - beția simplă realizând cel mai elementar și frecvent sindrom cerebelos, cu caracter pasager. Se poate continua cu o fază de obnubilare progresivă, cu scăderea până la abolire a sensibilității, instalându-se în cazurile grave un somn profund, comatos, colaps. După somn, fenomenele de intoxicație alcoolică acută se risipesc și individul rămâne pentru un timp cu o stare generală proastă, cefalee și tulburări digestive. Metabolizarea alcoolului se face prin oxidare în țesuturi, determinată de o enzimă hepatică.

Corelația dintre alcoolemie și starea clinică. Sub 1 gr ‰ realizează un studiu infraclinic. La 1 gr ‰, starea de ebrietate. Între 1 gr - 1,5 gr apar semne evidente de beție. Între 1,5 - 2 gr - beție puternică, între 4 - 6 gr ‰ - doză mortală.

2) *Beția patologică* îmbracă o formă dramatică, tulburările de conștiință sunt mult mai profunde, cu dezorientare în timp și spațiu, stare onirică, halucinații, idei de gelozie.

Beția patologică se diferențiază de cea simplă prin:

- Starea conștiinței - bolnavul prezintă o amnezie totală asupra faptelor petrecute în cadrul stării de beție.
- Durata este mai mare ca la cea simplă (până la 24 de ore).
- Se produce la o cantitate mică de alcool și se termină prin comă.
- Are tendință de recidivă, în condiții similare.
- Terenul este important, de obicei apare la psihopați, epileptici, posttraumatici.
- Beția patologică apare la un individ care nu este alcoolic.

Sindromul de impregnare cronică (Alcoolismul cronic).

Prin alcoolism cronic înțelegem totalitatea manifestărilor patologice determinate de consumul repetat și îndelungat al alcoolului.

Dependența față de alcool (addicția) presupune existența a două aspecte: toleranța (pentru obținerea aceluiași efect trebuie mărită progresiv doza) și abstinanța sau sevrajul (la întreruperea bruscă a consumului, din diferite motive, se declanșează simptomele sindromului de abstinanță).

În general, alcoolicul este surprins într-o fază tardivă, când tulburările sunt pregnante, iar diagnosticul nu ridică probleme deosebite. Individul a parcurs un șir întreg de ani, de consum intens. Prezența sa la medic este determinată de presiunile exercitate asupra lui de familie și de societate. În general este un om între 30 - 40 de ani, cu o halenă aromatică specială, expresie de obnubilare de multe ori și tremurături. Tulburările psihice sunt accentuate - modificări de caracter, de afectivitate, de degradare intelectuală. Tulburările psihice sunt dublate de o serie de perturbări fizice - hepatomegalie, tulburări de tranzit intestinal, gastrectomie frecventă. Sistemul nervos scoate în evidență o polinevrită, nevrită optică, tremurături.

Drumul parcurs până la acest stadiu este lung și în psihodinamica alcoolismului cronic distingem mai multe etape, o succesiune de stadii care se întind pe o durată mare de timp.

1. *Faza prealcoolică* are o durată de la câteva luni la doi ani, și distingem: *stadiul consumului ocazional* - chiar în această perioadă putem întrezări pe viitorul alcoolic, prin apetența mărită față de drog și *stadiul consumului constant*. În această perioadă consumul este regulat și în doze crescânde.

2. *Faza prodromală.* În această perioadă se stabilește o preocupare permanentă față de alcool. Consumul este în "cașetă", în maniera unui drog. Este stadiul black-out-urilor alcoolice (amnezii fără beție). Apare sentimentul de culpabilitate, din care cauză bolnavul evită discuțiile despre consumul de alcool și îl neagă. Este faza când uneori bolnavii apar la serviciile de policlinică sub masca unei nevroze. Depistarea toxicomaniei în această fază se face cu greu de către un medic neavizat. Dacă are șansa să fie diagnosticat și recunoscută toxicofilia, bolnavul poate beneficia de un tratament cu mare eficiență.

3. *Faza crucială* este caracterizată prin apariția unor mari tulburări și în special pierderea controlului, dezvoltarea unui sistem de alibi, destinat raționalizării comportamentului individului față de băutură, care-i servește pentru lupta contra presiunilor sociale. Comportamentul este axat pe ingestia de alcool. Individul pierde interesul pentru ceea ce îl înconjoară, dă o nouă interpretare raporturilor cu semenii, cu familia, pentru care creează resentimente neraționale. Agresivitatea este pronunțată, apar idei de grandoare. Uneori au remușcări și fac tentative nereușite de abținere totală. Este perioada când evită vechii prieteni, părăsesc serviciul. Neglijarea alimentației este un simptom important. Diminuarea pulsionilor sexuale duce la ideile de gelozie. Ingestia matinală de alcool marchează finalul acestei etape. De obicei în această fază ajung la prima internare.

4. *Faza cronică* se caracterizează prin beții prelungite. Consumul se realizează cu oameni de nivel social inferior, utilizează alcooluri denaturate. Caracteristic este diminuarea toleranței. Slăbirea simțului moral și al facultăților intelectuale domină această fază. Tremurăturile iau un caracter permanent. În această perioadă aspectul este caracteristic, alcoolicul este ușor de recunoscut. Acum apar psihozele alcoolice. În această fază bolnavul capitulează ușor în fața presiunilor familiei sau societății, recunoaște toxicomania și acceptă internarea, care este singura soluție salutară pentru bolnav.

Complicațiile psihiatrice ale alcoolismului cronic

1. Sindromul de abținere (sevră) necomplicat.

Se declanșează după 24-48 de ore de la întreruperea bruscă, voluntară sau fortuită, a consumului de alcool sau scăderea bruscă a dozelor. Se caracterizează prin apariția unei stări de neliniște psiho-motorie care poate merge până la agitație psiho-motorie, anxietate, insomnii, transpirații abundente, tremor al mâinilor sau chiar generalizat, creșterea frecvenței cardiace, cefalee, vărsături.

Această stare se poate complica sau nu cu delirium (stare confuzională) și / sau crize epileptice.

2. *Sindromul de servaj complicat cu delirium* (Delirium tremens, delirul alcoolic acut sau psihoza alcoolică acută)

Este o complicație gravă, care apare pe fondul fenomenelor de servaj, reprezentată în principal printr-o stare confuzională (delirium) acompaniată de obicei de producții halucinatorii. Debutul este brusc și nota de gravitate apare de la început. Bolnavul prezintă o agitație psihomotorie puternică, un delir oniric, o stare intens halucinatorie, în special halucinații vizuale (animale care-l atacă și de care se îngrozește). Tremurăturile sunt generalizate. Dezintegrarea motricității antrenează o serie de mișcări. Temperatura este un semn esențial și se ridică la 39 - 40°. Deshidratarea este accentuată. Transpirațiile abundente. Pulsul urmează curba termică. Tensiunea arterială și starea cordului trebuie atent controlate, pentru că moartea, care ar putea să survină, este determinată de accident cardiovascular.

Evoluția. Cu toate că prognosticul este grav, prin terapia modernă de care dispunem, majoritatea cazurilor sunt salvate. În cazurile mortale, bolnavul intră rapid în comă hipertermică și sucombă adesea într-un acces convulsiv sau în cursul unei sincope.

Formele delirante ale alcoolismului cronic

Sunt forme tranzitorii sau prelungite fără destructurarea profundă a conștiinței. Acestea sunt: a) sechele postonirice, b) stări de halucinoză alcoolică, c) deliruri alcoolice cronice.

a) *Sechele postonirice.* Faza de revenire a stărilor se realizează în trei timpi: 1. Imediat după faza onirică propriu zisă, bolnavul crede în realitatea faptelor trăite. 2. Bolnavul ezită asupra realității. 3. Rectifică ideile delirante. Această fază de revenire poate să fie scurtă. Uneori însă convingerea delirantă poate persista sub forma unui delir postoniric.

b) *Stări de halucinoză alcoolică.* În cadrul unui automatism mental subacut, poate predomina o activitate halucinatorie auditivă, fără dezorganizarea conștiinței, fără obnubilare și fără tulburări de memorie. Halucinațiile vizuale sunt rare. Trecerea spre cronicitate se poate însoți cu un delir de relație.

c) *Deliruri alcoolice cronice.* În această categorie se încadrează delirul de gelozie și paranoia alcoolică.

Sindroame anatomo- clinice

Sunt entități bine delimitate, prin substratul anatomo-patologic.

1. *Psihoza polinevritică alcoolică Korsacov.* Survine mai frecvent la femeie. Psihic se caracterizează prin tulburări de memorie, în special de fixare, dezorientare, confabulații. Bolnavul este apatic, depresiv și nu are conștiința bolii. Somatic se constată o polinevrită cu mialgii, atrofii musculare, uneori pareze ale membrilor inferioare. Evoluția este trenantă, de la câteva luni la un an. Rareori merg spre ameliorare, mai frecvent bolnavii se cașectizează și sucombă prin boli intercurrente.

2. *Encefalopatia alcoolică Wernicke.* Apar leziuni de tip degenerativ care prind centrii neurovegetativi periventriculari bulbari. Așa se explică simptomatologia complexă. În faza de debut se remarcă cefaleea, vărsăturile, vertijul, somnolența. Apare apoi, o oftalmoplegie bilaterală simetrică, strabism, diplopie. Ulterior se prind perechile nervilor cranieni IV și V. Psihic se remarcă o confuzie mintală cu stări onirice, halucinatorii. Evoluția se face în 10-15 zile spre comă, cașexie, escare și moarte.

3. *Encefalopatia portocavă.* Survine la un alcoolic purtător al unei ciroze hepatice alcoolice nedepistate. Se caracterizează prin tulburări de conștiință, apatie. Tabloul se asociază cu o tremurătură particulară "flapping tremor" - bătaii de aripi - mișcări alternative de flexie și extensie a degetelor și o hipotonie musculară. Durata este scurtă, coma este în general reversibilă.

Demențele alcoolice

Alcoolismul cronic, în stadiul final, merge spre o stare de deteriorare intelectuală și afectivă progresivă, cu obtuzie, deficit al atenției, defect de judecată și mai ales indiferență în fața responsabilităților, o prăbușire morală și socială. Este vorba despre o "demență etică". Evoluția de cele mai multe ori este progresivă și definitivă.

Alcoolismul și epilepsia

S-a observat la unii alcoolici apariția de crize epileptice. Crizele pot surveni prin creșterea alcoolemiei în cursul unei intoxicații acute, sau la un alcoolic cronic, care prezintă un prag convulsiv scăzut încadrul sindromului de abstenență (sevrăj). Prognosticul este relativ favorabil. Suprimând alcoolul accesele se răresc. Tratamentul se face prin medicația antiepileptică și suprimarea alcoolului.

Alcoolismul periodic (Dipsomania)

Apare sub forma unor accese irezistibile, cu caracter periodic, de consum d alcool, îmbracă forma unei beții neîntrerupte de câteva zile, începe brusc și se termină la fel. Între accese bolnavul prezintă dezgust față de alcool. S-a constatat că majoritatea dipsomanilor sunt psihopați sau epileptici.

Tratament

1. *Beția patologică*. Este o urgență medicală, impune izolarea în condiții de internare, iar conduita terapeutică se aplică asemănător unui șocat: rehidratare, analeptice cardiovasculare.

2. *Tratamentul stărilor de delirium tremens*. Internarea se impune de urgență. Alături de terapia de reechilibrare hidro-electrolitică și acido-bazică se administrează tranchilizante din clasa benzodiazepine în doze mari (spre exemplu Diazepam, 60-80 mg pe zi) până la sedare și somn. La acestea se asociază vitaminoterapia (în special vitamine din grupul B), iar la nevoie corticoterapia, antibiotice și cardiotonice.

3. *Tratamentul alcoolismului cronic*. Conduita terapeutică va ține seama de următoarele principii: 1) dezintoxicarea este precedată de un bilanț complex care apreciază factorii biologici, psihologici și sociali în cauză. 2) Tratamentul este de durată și pretinde o tenacitate din partea bolnavului și medicului. 3) Reușita trebuie prevăzută în evoluția normală a tratamentului. 4) Bolnavul trebuie să accepte cura în mod voluntar, fără cooperare nu există rezultat.

Cura cuprinde 4 timpi:

1. Sevrăjul și corectarea metabolismelor perturbate - dezintoxicarea propriu zisă. 2. Cura de dezgust, tratamentul apetenței alcoolice prin provocarea unei intoleranțe câștigate față de băuturile alcoolice. 3. Cura psihoterapeutică de susținere. 4. Postcura de securitate și control.

1 *Sevrăjul* necesită o spitalizare de 3-4 săptămâni. Privarea de toxic se poate face brusc sau treptat. Se redresează starea carențială prin vitamine din seria B (B1, B6, B12) în doze mari, vitamină PP etc. și se administrează tranchilizante benzodiazepinice.

2. *Cura de dezgust* se realizează prin diferite tehnici, utilizându-se disulfiramul (antalcolul). Ea vizează obținerea unui reflex condiționat de repulsie față de alcool.

3. *Psihoterapia*. Vom elimina orice atitudine moralizatoare, se vor analiza și rezolva conflictele, se va cultiva responsabilitatea individului.

4. *Postcura* este etapa în care bolnavul va continua tratamentul susținut, sub supraveghere medicală și control dinainte stabilit.

Aspecte medico - judiciare

Este foarte important, o mare parte de delikte sunt comise de alcoolici cronici. Multe crime sunt efectuate în stare de ebrietate. În beția patologică bolnavii pot lovi, săvârșesc agresiuni, chiar omoruri, datorită falselor percepții. Sinuciderile sunt frecvente în cadrul alcoolismului cronic.

Profilaxia alcoolismului

Acțiunea este complexă, se desfășoară în colaborare cu o serie de factori: sociali, economici, sanitari.

1. Măsurile de ordin social se referă la educația publicului și mai ales a tineretului, la propaganda antialcoolică, la dezvoltarea consumului de băuturi nealcoolice.
2. Măsurile de ordin economic sunt cele mai importante și cele mai dificil de rezolvat. Limitarea producției de alcool, a numărului de debite, utilizarea băuturilor de bună calitate și la prețuri ridicate.
3. Pe plan sanitar privește tratamentul obligator și gratuit , dispensarizarea și mai ales depistarea în faza precoce a alcoolismului.

ÎNGRIJIRI: ASPECTE SPECIALE

ÎN LEGTURA CU TULBURARILE NEVROTICE ANXIOASE

- Ai grijă să rămâi calm și să nu pari amenințător: frica poate fi transmisă ușor (e “contagioasă”).
- Nu lăsa pacienții deosebit de anxioși singuri: prezența ta poate da pacienților un sentiment de siguranță.
- Limitează-te la comunicarea cea mai elementară: clară și concisă, fără ocolișuri, cu cuvinte simple și mesaje scurte, deci fără povești lungi.
- Limitează pe cât posibil factorii excitanți din jur care ar putea amplifica teama.
- Dacă pacientului i se dau medicamente administrează-le după prescripții și urmărește cum reacționează pacientul și în ce măsură observi efecte secundare.
- Încearcă să stabilești împreună cu pacientul cauza care îi provoacă teama și cum ar putea să o stăpânească într-o manieră pozitivă.
- Vorbește cu pacientul despre experiențele sale și stimulează-l să-și exprime emoțiile, creează pentru aceasta un mediu liniștit și confortabil și oferă-ți sprijinul la nevoie.
- Discută împreună cu pacientul despre momentul de apariție a fricii și cum poți opri temporar acest sentiment, de exemplu cu ajutorul exercițiilor de relaxare, efort corporal, sau discutând cu el despre posibilitatea apariției acestui sentiment, din timp.

ÎN LEGTURA CU COMPORTAMENTUL NEVROTIC

- Nu te considera răspunzător pentru comportamentul pacientului: el este singur răspunzător pentru faptele sale.
- Ia pacientul în serios.
- Dacă ai probleme cu anumite comportamente ale pacientului, spune-i-o sub forma unui mesaj personal.
- Nu începe lupta despre cine are dreptate.
- Încearcă să câștigi încrederea pacientului.
- Ascultă-l, și dacă nu ai timp în acel moment spune-i când o să ai timp și ai grijă să fi prezent atunci.
- Exprimă-ți clar dorința și posibilitățile: stimulează-l să participe la activitățile de grup pentru a preveni izolarea.
- Discută cu ceilalți în sensul unei abordări comune, pe care fiecare membru al echipei să o respecte.
- Observațiile făcute cu atenție trebuie să fie discutate regulat cu membrii echipei multidisciplinare.
- Nu lăsa partenerul să-ți observe prejudecățile ci discută-le cu colegii: discutați și nereușitele cu colegii

- În cazul în care nu te împaci prea bine cu un pacient, cere unui alt asistent să preia îngrijirea respectivului pacient: analizează împreună cu colegii comportamentul pacientului și vezi în ce măsură și în ce mod se poate realiza o schimbare .

ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU PACIENȚII CU UN COMPORTAMENT DEPRESIV

Problema de îngrijire

1. Consumă pacientul suficient lichid și hrană? În caz contrar situația ar putea duce la deshidratare sau pierdere în greutate.

Scopurile îngrijirii

Pacientul să consume suficient lichid și hrană, greutatea corpului devenind stabilă.

Acțiunea de îngrijire

- Să se ofere pacientului cantități mici de lichid și hrană, de mai multe ori pe zi.
- Să servești pe cât posibil mesele împreună cu pacientul.
- Să menții pe cât posibil echilibrul între mâncare și băutură.
- Să inventariezi dorințele pacientului.
- Să se controleze săptămânal greutatea corporală.
- Să se apeleze la nevoie la o dieteticiană.
- Totul să se organizeze structurat, într-un program zilnic.

Problema de îngrijire

2. Pacientul este constipat.

Scopurile îngrijirii

Reglarea tranzitului intestinal

Acțiunea de îngrijire

- Să întrebi pacientul despre urină, scaun.
- Să menții o listă a satisfacerii nevoilor fiziologice (defecare).
- Să oferi pacientului destulă mișcare, să nu-l lași să stea toată ziua în pat, să se facă o plimbare zilnică (introdusă în planul zilnic, structurat).
- Să se ofere un laxativ de comun acord cu o dieteticiană.
- Să se ofere un laxativ de comun acord cu un medic.

Problema de îngrijire

3. Pacientul are gura uscată și o senzație de sete.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul să consume suficient lichid și să-și clătească gura regulat , ceea ce face să nu mai aibă senzația de gura uscată și de sete.

Acțiunea de îngrijire

- Să se creeze condiții ca pacientul să poată să-și clătească gura și să bea (să se ofere cele necesare de băut, băuturi în frigider, să se ceară familiei să aducă băuturi suplimentate).
- Să se ofere pacientului în mod regulat de băut și să fie stimulat să bea.

Problema de îngrijire

4. Pacientul nu este deloc sau aproape deloc în stare să se îngrijească igienic.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul devine capabil să se îngrijească, adică să se spele (zilnic) și să se îmbrace cu haine curate.

Acțiunea de îngrijire

- Pacientul să fie stimulat zilnic să se spele / îmbrace .
- Să se folosească timp suficient pentru aceasta, pentru că funcționarea globală este înceată și dă posibilitatea de a se lega un contact mai strâns cu pacientul, să se programeze timp suplimentar în programul zilnic structurat.
- Dă-i posibilitatea pacientului să-și dea seama că poate să facă ceva.
- Preîntâmpină tensiunile oferind o structură clară (lasă-l să termine sistematic activitatea, ia-ți timp suficient, ține cont de posibilitățile pacientului în acel moment).
- În caz extrem preia activitățile de îngrijire.

Problema de îngrijire

5. Pacientul are probleme cu somnul (adoarme greu, doarme agitat, se scoală devreme) pentru că stă mult în pat în timpul zilei sau este “prizonierul” propriilor stări depresive.

Scopurile îngrijirii

Normalizarea ritmului somn/veghe

Acțiunea de îngrijire

- Nu-l lăsa pe pacient să stea mult în pat în timpul zilei.
- Oferă-i activități, stimulează-l să se ridice din pat (să fie inclus într-un program structurat de zi).
- Apelează eventual și la alte terapii prin activitate (terapie creativă, terapie prin mișcare, terapie prin muzică etc)
- Pacientul primește deseori somnifere, ai grijă ca să le ia, și observă efectul .

Problema de îngrijire

6. Pacientul este agitat pentru că este “hărțuit” de gânduri și sentimente depresive

Scopurile îngrijirii

Bolnavul devine capabil să se concentreze asupra activităților sale și să-și manifeste (exprime) sentimentele și ideile (chiar și pe cele cu caracter depresiv).

Acțiunea de îngrijire

- Să se însoțească pacientul în activitățile sale zilnice, structurate (acestea să fie incluse într-un program organizat).
- Să se stabilească un contact cu pacientul prin întreprinderea unor activități împreună cu acesta, să se încerce a se lega neforțat o discuție, doar dacă bolnavul simte nevoia.
- Apreciază care este efectul discuției despre idei/sentimente. Dacă pacientul se cufundă și mai mult prin aceasta în depresia lui nu continuă discuția ci stimulează-l în activități concrete.

Problema de îngrijire

7. Bolnavul are idei de sinucidere spunând (sau nu) că vrea să-și ia viața..

Scopurile îngrijirii

- Bolnavul trebuie să devină capabil să-și exprime ideile/sentimentele suicare.
- Trebuie create condiții care să împiedice încercarea de sinucidere.

Acțiunea de îngrijire

- Să se facă discutabile ideile și sentimentele suicare ale pacientului.
- În cazul pericolului acut de sinucidere să se ia măsurile adecvate, îngrijire în secția închisă și să te informezi regulat despre starea acestuia.
- Controlează dacă se iau medicamentele.
- Să se consulte doctorul dacă se dau sedative, să se observe efectul acestora.
- Să se discute sinuciderea cu pacientul, să nu existe nimic secret despre asta.
- Dacă pacientul nu se exprimă în legătură cu sinuciderea se urmărească activitatea sa nonverbală, de exemplu tendința de a se izola etc.
- Să se țină contact regulat cu pacientul, să nu fie evitat.
- Dacă bolnavul ia antidepresive să fie ținut sub observație pentru că atunci când activitatea sa se intensifică (primul simptom care cedează în depresie) dar dispoziția este încă melancolică pericolul de sinucidere este mare.
- Vezi mai departe capitolul despre sinucidere.

Problema de îngrijire

8. Bolnavul nu este în stare să lege sau să întrețină relații pentru că nu se mai simte valoros și nu vrea să fie o povară pentru altul.

Scopurile îngrijirii

Pacientul trebuie să devină capabil de a întreține relații și contacte cu alții și de a-și considera contribuția ca fiind valoroasă.

Acțiunea de îngrijire

- Preantampină ca pacientul să se izoleze complet de activitatea (socială) de grup, lasă-l să participe la mese, orele de ceai/cafea, implică eventual ceilalți pacienți în îngrijirea lui (să se includă aceste lucruri într-un program structurat de zi).
- Să se asiste vizitele familiei și să se observe atât reacțiile pacientului cât și ale familiei.
- Să se răspundă la întrebările familiei, și să se încurajeze contactul familiei cu pacientul..
- Familia să fie implicată pe cât posibil în îngrijirea directă, să se creeze condiții pentru aceasta.

- Să nu se confirme sentimentele pacientului prin a-l evita, chiar prezența ta poate fi un semnal, recunoaște propriul sentiment de neputință dar nu-l lăsa să te atragă în sentimentele sale depresive sau către contactului , sprijiniți-vă în cadrul echipei..

ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE ÎN FAVOAREA UNUI PACIENT CU COMPORTAMENT MANIACAL

Problema de îngrijire

1.Pacientul nu-și acordă timp suficient să bea lichide și să mănânce ceea ce face să fie slăbit fizic.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul dobândește un comportament alimentar normal și consumă hrană suficientă și variată precum și lichide, ceea ce face să nu se mai simtă epuizat fizic.

Acțiunea de îngrijire

- Pacientul să fie supravegheat consecvent la mese și să bea ceai și cafea.
- Să se ofere hrană și lichide de mai multe ori pe zi: aceasta pentru a preveni iritabilitatea și manifestările agresive în caz de insistență.
- Să se noteze balanța hidrică și hrana ingerată.
- La nevoie să se ceară sfatul unei dieteticiene în legătură cu o dietă consistentă.
- În cazul sensibilității exagerate la excitanți să se ia mesele împreună cu pacientul în afara grupului (în cazul îngrijirii separate)

Problema de îngrijire

2.Pacientul bea și mănâcă cîntinuu, nu se poate înfrîna , mîncîcă din lada de gunoi etc

Scopurile îngrijirii

Bolnavul își ameliorează comportamentul alimentar, consumă cantități normale de hrană și lichide și într-o manieră adecvată.

Acțiunea de îngrijire

- Observarea continuă a schemei de hrănire.
- Să se mănânce și să se consume lichide împreună cu pacientul.
- Să se mănânce cu el într-un mediu lipsit de factori iritanți (separat).
- Să se prezinte porții adaptate și adecvate.
- Să se supravegheze pacientul atunci când se mănâncă în grup, pentru a preveni eventualele situații nedorite, cum ar fi consumarea mâncării celorlalți bolnavi.

Problema de îngrijire

3.Pacientul nu-și acordă timp suficient pentru a se îngriji sub aspect igienic și neglijează acest lucru.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul își modifică în bine comportamentul legat de îngrijirea igienică.

Acțiunea de îngrijire

- Pacientul trebuie îndrumat zilnic la spălat etc. într-un mediu lipsit de factori excitanți (un loc de spălat separat).
- Să se preia eventual gestionarea acestei probleme.
- Pacientul să fie stimulat de a lua parte activ la activitatea de îngrijire.
- A se supraveghea pacientul pentru ca să nu fugă .
- În cazul încercării bolnavul este izolat să i se dea ocazia de a se duce regulat la WC.
- În caz că transpiră excesiv să i se ofere posibilitatea de a se spăla de mai multe ori.

Problema de îngrijire

4. Pacientul este haotic în comportament și turbulent.

Scopurile îngrijirii

- Bolnavul trebuie să devină capabil să se controleze, să nu mai fie turbulent și să aibă un comportament organizat.

Acțiunea de îngrijire

- Să i se ofere un program structurat de activități, conceput în mod răspunzător.
- Să fie îndrumat direct în executarea programului respectiv.
- Să i se explice clar ceea ce trebuie să facă.
- A-l lăsa pe pacient să participe treptat și dozat la activitatea în grup și să se observe efectul.
- Să se ofere un program zilnic clar structurat și în cazul îngrijirii neizolate, observând efectul.
- A se administra medicamentele la nevoie.
- A se nota mijloacele și măsurile luate.
- Să i se acorde îngrijiri izolate în situațiile de neliniște extremă..

Problema de îngrijire

5. Pacientul are un ritm de zi/noapte tulburat, doarme puțin sau deloc și-i deranjează pe ceilalți bolnavi.

Scopurile îngrijirii

Reglarea ritmului zi/noapte, astfel încât să nu-i mai deranjeze pe ceilalți bolnavi.

Acțiunea de îngrijire

- Pacientul să fie lăsat să doarmă separat, eventual îngrijire izolată.
- Preîntâmpina ca pacientul să se odihnească prea mult în timpul zilei, ținându-se cont de acest lucru în programul zilei.
- Să se afle motivul neliniștii de pe timpul nopții, eventual să se discute cu pacientul pentru a afla temerile/tensiunile sale. A se administra eventual medicamente, a se observa efectul acestora.

Problema de îngrijire

6. Pacientul nu-și poate menține firul gândirii (prezintă “fugă de idei”), reacționează la toate excitațiile și este haotic în contactele cu ceilalți.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul se poate concentra și poate menține contactul cu ceilalți .

Acțiunea de îngrijire

- Pacientul să fie îngrijit izolat într-un mediu lipsit de excitanți.
- Să-l atenționezi când are “fuga de idei” și să încerci să-l readuci la subiectul discuției.
- Corectează pacientul în ce privește atitudinile sale din viața de zi cu zi.
- Oferă-i activități concrete (programul de zi).
- Nu negocia cu pacientul abordarea aleasă.
- Dacă e cazul, muștră-l pe pacient.
- Observă comportamentul pacientului în grup, ia-l separat dacă se creează tensiune în relație cu ceilalți pacienți.
- Observă cum decurge vizita făcută de alții, îndrumă vizitatorul atunci când există tensiuni.
- Observă dispoziția, semnalează eventuala trecere spre comportament depresiv.

Problema de îngrijire

7. Pacientul prezintă manifestări necuvenite (umblă gol, înjură, are un comportament asocial etc)

Scopurile îngrijirii

Pacientul își modifică în bine comportamentul astfel încât relația lui cu persoanele din mediu se ameliorează.

Acțiunea de îngrijire

- Protejează pacientul vorbind despre comportamentul său , indică-i clar granițele.
- Îndepărtează-l pe pacient din grup dacă nu poate fi corectat (îngrijire izolată)
- Caută să afli care este cauza comportamentului său , ce vrea să spună prin asta? (întreabă-l , observă ceea ce spune și face)
- Verifică reacția pacientului la acest comportament , vorbește cu el, dacă este posibil, despre sentimente de rușine)
- Întreabă-i (la nevoie) pe ceilalți pacienți despre comportamentul bolnavului, dă explicații.

Problema de îngrijire

8. Pacientul reacționează agresiv la cei din jur; el are sentimentul că este împiedicat de ceilalți

Scopurile îngrijirii

Bolnavul se liniștește, nu mai reacționează agresiv și devine capabil să discute civilizată nemulțumirile sale.

Acțiunea de îngrijire

- Observă situațiile în care pacientul este agresiv și discută cu el. Este posibil ca a doua oară să țină cont de aceasta.
- Preîntâmpină escaladarea comportamentului pacientului distrăgându-i atenția la timp
- La pacientul în serios, explică-i ceea ce faci, dă-i ocazia să reacționeze.
- Fixează granițe clare , spune ce este tolerat și ce nu.
- Poate că izolarea temporară este necesară dacă situația devine periculoasă pentru pacient și cei din jur, observă bine efectul , dacă izolarea duce numai la mai multă frică și tensiune, nu o continua.
- Discută cu pacientul motivele agresiunii sale, menține contactul cu bolnavul.
- Apreciază-ți propria forță de stăpânire de sine, la nevoie predă îndrumarea pacientului unui coleg.
- Crează reguli clare despre vizită, dozează vizita și vezi da-că trebuie însoțit vizitatorul.
- Însoțește vizitatorul, mai ales dacă există o șansă de escaladare a conflictului, oferă familiei informații despre abordarea aleasă și adu argumente.

Problema de îngrijire

9. Pacientul întreprinde acțiuni cu urmări negative pentru existența sa și cea a familiei/relației sale (de exemplu tranzacții financiare).

Scopurile îngrijirii

Bolnavul trebuie să devină capabil exesele sale și consecințele acestora.

Acțiunea de îngrijire

- Observă comportamentul pacientului și vezi cu ce se ocupă.
- Sondează-i gândurile și planurile prin discuții.
- Discută cu el consecințele unor astfel de acțiuni .
- Preîntâmpină ca el să întreprindă astfel de acțiuni (nu numai în secție, satabilește reguli despre telefon etc.) .
- Stabilește reguli cu familia despre administrarea banilor etc.
- Să se ia eventual măsuri juridice (punere sub interdicție).

Problema de îngrijire

10. Pacientul nu poate să discute problemele (din trecut) într-o manieră realistă.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul devine capabil de a discuta problemele sale într-o manieră realistă și contribuie la căutarea unei soluții pentru respectivele probleme.

Acțiunea de îngrijire

- Leagăși întreține o relație jovială cu pacientul în timpul îngrijirii intensive .
- Dă-i pacientului posibilitatea da a-și exterioriza ideile/sentimentele, dozează acest lucru după starea în care se află.
- Caută contact, nu-l irita din cauza comportamentului său neclar/bizar .

- Semnalează ideile și sentimentele pe care le exprimă, raportează-le pe măsură ce bolnavul capătă mai mult simț al realității, inventarizează împreună cu el problemele din trecut și implică pacientul direct în alegerea unui tratament ulterior.

Problema de îngrijire

11. Pacientul este/se manifestă suicidal.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul renunță la încercările de sinucidere și devine capabil să vorbească despre ideile și gândurile sale suicidare .

Acțiunea de îngrijire

- Vezi prelucrarea planului de îngrijire din cap.2 al acestui modul
- A se observa suplimentar a pacientul în faza de trecere de la comportamentul maniacal la cel depresiv și invers , dacă dispoziția este depresivă și pacientul este activ , atunci pericolul de sinucidere este mare.
- Observă dacă bolnavul ia într-adevăr medicamentele și efectul acestora .

ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU PACIENȚII CU COMPORTAMENT PSIHOTIC

Problema de îngrijire

1. Pacientul bea și/sau mănâncă puțin sau deloc ca urmare a trăirii psihotice.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul are un comportament alimentar satisfăcător.

Acțiunea de îngrijire

- A se observa/motivele pentru care nu bea/mănâncă.
- Să se implice pacientul la alcătuirea meniului .
- A se oferi în mod regulat mâncare și băutură.
- Să nu se insiste cu mâncarea dacă pacientul este suspicios.
- La nevoie să se mănânce cu pacientul în caz de surescitare (iritabilitate) a acestuia.

Problema de îngrijire

2. Pacientul are gura uscată și senzație de sete ca urmare a medicației psihotrope, a epuizării și aerului pre uscat .

Scopurile îngrijirii

Bolnavul nu mai are senzația neplăcută de sete și gură uscată permanent.

Acțiunea de îngrijire

- Să se controleze care este cauza senzației de sete.
- Observarea eventualei apariții a unor efecte secundare ale medicației psihotrope.

- Pacientul să fie stimulat să-și clătească gura și să consume mai multe lichide.
- La nevoie să se ofere bolnavului mai multe lichide .
- Să se informeze doctorul despre eventualele efecte secundare ale medicației psihotrope observate.
- Să se facă plimbări cu pacientul.

Problema de îngrijire

3. Pacientul prezintă constipație sau o cantitate redusă de scaun.

Scopurile îngrijirii

Normalizarea tranzitului intestinal.

Acțiunea de îngrijire

- Să se afle cauza problemei prin observare sau printr-o discuție cu pacientul.
- Să se ofere hrană variată.
- Să nu se insiste prea mult dacă prin aceasta se creează o stare de tensiune .
- Pacientul să fie stimulat să facă mai multă mișcare (sport, plimbări etc).
- Să se consulte eventual doctorul.

Problema de îngrijire

4. Bolnavul nu se îngrijește suficient de bine din punct de vedere igienic sau deloc.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul devine mai atent în ce privește igiena sa.

Acțiunea de îngrijire

- Să se îndrume pacientul în ce privește întreținerea propriei stări de igienă.
- Oferă-i timp suficient, nu-l goni.
- Lasă bolnavul să facă,, pe cât posibil, totul singur.
- Implică pacientul direct la realitatea activității.
- Semnalează din timp tensiunile, dozează numărul acțiunilor ce trebuie întreprinse.
- Poate este nevoie să se dea atenție îngrijirii de mai multe ori pe zi.

Problema de îngrijire

5. Pacientul are tremurături și tonusul muscular este crescut dând impresia de rigiditate ca urmare a medicației psihotrope.

Scopurile îngrijirii

Dispariția simptomelor extrapiramidale neuroleptice.

Acțiunea de îngrijire

- Pacientul să fie informat despre eventuale efecte secundare ale medicației psihotrope.
- Să se observe efectele secundare ale folosirii medicației psihotrope, urmărindu-se atitudinea și mișcarea pacientului .
- Să se raporteze doctorului, să se caute posibilitățile prin care efectele secundare ale medicamentelor psihotrope pot fi înlăturate.
- Să se ofere eventual medicamente împotriva efectelor secundare și să se observe efectul.
- Să se propună eventual modificarea terapiei medicamentoase (altă dozare, alte medicamente).

Problema de îngrijire

6. Pacientul este hiperactiv și manifestă un comportament haotic ca urmare a fricii și a neliniștii interne. El nu este în stare să se controleze sau manifestă tendința de izolare .

Scopurile îngrijirii

Bolnavul se liniștește și devine capabil să întreprindă activități într-un mod ordonat.

Acțiunea de îngrijire

- Să se ofere îngrijire într-o secție cu pacienți puțini.
- Să se înceapă eventual îngrijirea într-o cameră de izolare.
- Îndrumarea să fie făcută de o singură persoană.
- Să se întocmească un program structurat de zi în concordanță cu posibilitățile pacientului, acest program fiind orientat spre activități legate de viața reală.
- Să se implice eventual un îndrumător de activități .
- Să supravegheze administrarea medicației și să se observe efectele acesteia.
- Pacientul să nu meargă la culcare neliniștit.
- În caz de neliniște pe timpul nopții încearcă să afli cauza, nu evita o discuție.
- Este importantă o evaluare permanentă a activității asistentului și efectul acesteia asupra pacientului .
- Consultă doctorul în legătură cu efectele terapiei și eventuala adaptare a acesteia.

Problema de îngrijire

7. Pacientul nu este în stare să stabilească o relație în mod real, cauza constând dintr-o comunicare defectuoasă ca urmare a tulburărilor de percepție și gândire (delir și halucinații).

Scopurile îngrijirii

Ameliorarea comunicării cu cei din jur.

Acțiunea de îngrijire

- Caută contactul cu pacientul și nu-l evita.
- Caută puncte de legătură pentru o discuție în probleme concrete.
- Îi sugerăm pacientului cum ar trebui să se simtă sau să gândească.
- Trebuie să rămâi corect în această relație.
- Nu continua să vorbești cu pacientul până devine confuz, caută să-i distragi atenția.
- Nu încerca să-l convingi că ai dreptate sau că el nu are dreptate .

Problema de îngrijire

8. Pacientul provoacă în timpul vizitei tensiuni și sentimentul că nu este înțeles, familia nu știe prea bine cum să se comporte în astfel de situații.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul devine capabil să relaționeze cu familia într-o manieră degajată, firească.

Acțiunea de îngrijire

- Să conștientizezi efectul contactelor dintre vizitatori și pacient pentru tine însuși, să ai grijă de propriile tale limite.
- Primește vizitatorii într-un loc liniștit.
- Asistă comunicarea dintre pacient și familie.
- Observă modul în care decurge vizita.
- Îndrumă familia.

Problema de îngrijire

9. Pacientul se manifestă agresiv pentru că se simte amenințat și/sau anxios.

Scopurile îngrijirii

.Bolnavul devine capabil să-și stăpânească sentimentele de agresiune.

Acțiunea de îngrijire

- Să se afle cauza tendințelor agresive și să nu se evite contactul cu pacientul pe motivul că este agresiv.
- Să se spună clar pacientului care sunt limitele.
- Să se acționeze clar și sever în caz de violență fizică; pacientul să nu fie abordat când așteaptă singur.
- Să fie separat la nevoie.
- Să se țină sub observație comportamentul pacientului; să se identifice din timp ivirea intențiilor lui de agresivitate, să se prevină escaladarea.

ASPECTE ALE PLANULUI DE ÎNGRIJIRE ÎN FOLOSUL PACIENȚILOR CU DEMENTĂ

Problema de îngrijire

1. Modelul de hrănire al pacientului este perturbat.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul are un comportament alimentar adecvat..

Acțiunea de îngrijire

- Pacientul să fie ajutat să bea și să mănânce dacă el nu (mai) poate.
- În cazul în care uită, să se indice pacientului orele de masă/ceai sau cafea .

- Să se însoțească pacientul la sala de mese.
- Să se consulte un doctor în cazul în care problema alimentației este rezultatul efectului secundar al medicamentelor.
- Să se adapteze hrana de comun acord cu o dieteticiană (dietă, frecvența meselor etc.).

Problema de îngrijire

2. Pacientul este incontinent pentru urină/scaun.

Scopurile îngrijirii

Pacientul devine continent.

Acțiunea de îngrijire

- Să se consulte un doctor pentru a se stabili o eventuală cauză fizică, să se administreze eventual medicamente.
- În legătură cu tulburările de memorie și dezorientare, trebuie să se atragă atenția pacientului să meargă la WC.
- Pacientul să fie însoțit eventual la WC și să se ofere sprijinul necesar pentru a-l putea folosi.
- Să se utilizeze la nevoie mijloace de ajutorare (WC adaptat, scutece etc.).

Problema de îngrijire

3. Pacientul nu mai este în stare să se îngrijească pe sine deloc sau parțial.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul devine capabil (eventual cu îndrumare permanentă) să se îngrijească total sau parțial.

Acțiunea de îngrijire

- Să se îndrume pacientul în îngrijirea sa zilnică.
- Pacientul să fie stimulat să se îngrijească.
- Ține cont de obiceiurile pacientului (să facă duș sau nu).
- Observă reacțiile pacientului, încearcă să afli motivul sau cauza care se află la baza (in)activității unui pacient.

Problema de îngrijire

4. Pacientul are un ritm de zi/noapte deranjat, deoarece noaptea este agitat neputând să doarmă din cauza fricii și a confuziei.

Scopurile îngrijirii

Reglementarea ritmului veghe/somn.

Acțiunea de îngrijire

- Oferă pacientului ziua destule activități (după posibilitățile sale).
- Întrabă referitor la motivele neliniștii și încearcă să calmezi pacientul printr-o discuție.
- Rămâi lângă pacient când este în pat, prezența ta îl poate calma.
- Consultă doctorul pentru eventuala administrare de medicamente (sedative sau somnifere). Explică pacientului clar despre acțiunea medicamentelor.

Problema de îngrijire

5. Pacientul nu este în stare să își asigure de unul singur un regim suficient de mișcare fizică și folosire utilă a timpului.

Scopurile îngrijirii

Pacientul întreprinde diverse și multiple activități, face suficientă mișcare fizică și-și folosește timpul util.

Acțiunea de îngrijire

- Pacientul trebuie stimulat să facă mișcare, să se ofere activități: gimnastică pentru bătrâni, plimbări, implicare în gospodărie etc.
- Să i se reamintească mereu pacientului posibilitățile de mișcare, având în vedere faptul că uită și este dezorientat.
- Să se întreprindă la nevoie activități împreună cu pacientul.
- Să se implice un îndrumător de activitate.
- Să se ofere ACR/terapie de validare (vezi paragraful 10).
- În cazul tulburărilor de activitate să se introducă fizioterapia. Orice acțiune ai alege, să ți cont de modul de viață/stilul de viață specific al pacientului.

Problema de îngrijire

6. Pacientului îi este greu să lege și să întrețină contacte, din cauza problemelor de comunicare cauzate de starea de confuzie și de tulburările de memorie.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul devine capabil, în limitele sale, să lege și să întrețină contacte.

Acțiunea de îngrijire

- Oferă pacientului ocazia să se exprime, răspunde la nevoia lui de contact.
- Ia în serios lumea trăirilor pacientului, lasă-l să spună ce-l preocupă.
- Observă și reține reacțiile pacientului.
- Dacă pacientul este tensionat atunci e bine să-i distragem atenția implicându-l în activități (vezi activitățile la 5).
- Îndrumă pacientul în contactele cu ceilalți bolnavi,; informează-i pe ceilalți la nevoie despre situația lui.
- În caz de tensiuni serioase poate fi necesar să se evite contactele cu ceilalți pacienți.

Problema de îngrijire

7. Pacientul are pierdere de decor

Scopurile îngrijirii

Pacientul este protejat în asemenea măsură încât poate trăi cu ceilalți în situația sa

Acțiunea de îngrijire

- Fi conștient de faptul că pacientul nu este în stare să se îngrijească în toate privințele.
- Întreprinde la timp activități de îngrijire (atât din punct de vedere fizic, psihic cât și social).

Problema de îngrijire

8.În relația dintre pacient și familie apare neînțelegere și tensiune.

Scopurile îngrijirii

În limitele posibilităților (impuse de patologia sa), bolnavul devine capabil să mențină relația cu familia.

Acțiunea de îngrijire.

- Observă cum decurg contactele dintre pacient și familia sa .
- Asistă contactul atunci când este vorba de întrebări/tensiuni.
- Informează familia despre situația pacientului și despre consecințele acesteia.
- Dă familiei indicații privitoare la contactul cu pacientul (vezi 6).
- Ascultă întrebările și sentimentele familiei.
- Recomandă eventual familiei să ia legătura cu doctorul.

Problema de îngrijire

9.Pacientul nu-și poate exprima ușor/sau deloc sentimentele legate de situația sa .

Scopurile îngrijirii

Bolnavul devine capabil de a discuta pe tema sentimentelor legate de situația sa .

Acțiunea de îngrijire

- Caută contactul cu pacientul , arată-i că-i dai atenție.
- Întreabă-l dacă vrea să vorbească despre situația sa.
- Nu forța discuția .
- Încearcă să clădești contactul, prin acțiuni făcute împreună cu pacientul.
- Inventariază întrebările și problemele bolnavului, nu porni de la ideea că oricum nu se poate face nimic, multe dintre probleme pot fi totuși soluționate .
- Este bine să ascuți cu atenție.

Problema de îngrijire

10.Pacientul nu este în stare să garanteze propria sa securitate și cea a altora.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul nu este un pericol pentru sine și ceilalți.

Acțiunea de îngrijire

- Vezi ce consecințe periculoase poate avea comportamentul pacientului .
- Nu-l lăsa pe pacient să aibe articole de fumat (se pot produce incendii).
- Conținționează pacientul în cazul în care poate să cadă de pe scaun sau din pat .
- Gestionează eventualul comportament agresiv (vezi capitolul despre agresiune).
- Dacă există pericol de cădere nu lăsa pacientul să facă duș sau baie singur.
- Fi conștient de pericolul de sinucidere (mai ales în faza incipientă a demenței).

Problema de îngrijire

11.Pacientul este dezorientat și amnezic.

Scopurile îngrijirii

În limitele posibilităților, bolnavul devine capabil să-și amintească diverse situații de viață sau să se orienteze.

Acțiunea de îngrijire

- Antrenamente de orientare spre realitate (ACR)
- Terapie de validare .

PUNCTELE SPECIFICE DE ATENȚIE ÎN ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR PSIHIATRICI CRONICI (SCHIZOFRENI)

- Atitudinea pasivă, neutrală, prietenoasă cel mai puțin amenințătoare.
- Fi alert la semne de halucinare, cum ar fi râsul sau vorbitul în sine sau oprirea în mijlocul propoziției. Acest lucru poate indica trăirea halucinațiilor având ca urmare o reacție agresivă. Încearcă să previi acest lucru.
- Nu contrazice ideile delirante și nu discuta despre ele. Prin aceasta delirul nu se spulberă și contactul va deveni mai dificil. Folosește tehnicile terapeutice cum ar fi “Mi-e greu să-mi imaginez”.
- Preîntâmpină un element de competiție în activități. Și acesta poate mări suspiciunea. Îndrumă spre activități orientate spre o relație.
- Exprimă-ti aprecierea pentru comportamentul pozitiv. Acest lucru mărește sentimentul propriei valori și este un stimulent pentru a-l repeta.
- Dacă pacientul este supărat pe tine, nu te apăra. Manifestarea sentimentelor sale îl pot ajuta să-și rezolve propria problemă.
- Fixează scopuri care se pot realiza în termen scurt. Prin asta porovii frustrarea ca urmare a nereușitei sau a scopurilor prea pretențioase și în același timp îl stimulezi să continue.
- Lasă-ți prejudecățile la o parte, discută-le cu un coleg și reformulează-le. Prejudecățile sunt o barieră între tine și pacient.
- Caută contact regulat, oferă-I atenție pozitivă și arată-I că-l accepți și-l apreciezi. Prin asta mărești sentimentul propriei sale valori.
- Sprijină pacientul în activitățile pentru care se teme sau care-I par dificile. Încrederea în-l va ajuta să-și învingă frica.
- Fă ce spui și respectă promisiunile, acesta este un început pentru a câștiga încrederea cuiva.

- Ajută-l la nevoie să se orienteze, spunându-I cât e ora, unde se află și cine ești. Prin asta îl aduci în “realitate”.
- Nu-l atinge fără motiv, fii precaut cu asta. Pacienții anxioși și suspicioși, pot simți atingerea ca pe o amenințare.
- Vorbește clar și tare ca să te poată înțelege, nu fi misterios, nu râde fără rost. Pe scurt preîntâmpină suspiciunea.

APECTELE UNUI PLAN GENERIC ÎN FOLOSUL PACIENȚILOR CU UN COMPORTAMENT DE DEPENDENȚA

Problema de îngrijire

1. Pacientul bagatelizează problemele legate de băutură sau folosirea substanțelor psihotrope, încearcă să transfere vina problemei sale asupra altora., manipulează.

Scopurile îngrijirii

Pacientul înțelege gravitatea situației sale.

Acțiunile de îngrijire

- Poartă discuții.
- Ascultă activ.
- Fă distincție între fapte și sentimente.
- Pune întrebări în caz de neînțelegere.
- Confruntă-l cu contradicțiile la nivel de conținut și la nivel de implicare.
- Confruntă cu comportament patologic (bagatelizare/raționalizare).
- Lasă-l pe pacient să găsească soluții pentru problemele sale.
- Fă-l răspunzător pentru problemele sale, nu te lăsa înșelat și nu admite aspecte pe care nu le poți respecta; pacientul este răspunzător pentru elși deci și pentru vindecarea sa..
- Să se discute despre pacient în cadru multidisciplinar și să se stabilească înțelegeri clare, unanime.
- Să se aranjeze terapii de sprijin, cum ar fi sport, antrenament de muncă și dezvoltare profesională.
- Să se întocmească o schemă de zi structurată.

Problema de îngrijire

2. Pacientului îi este sete ca urmare a folosirii alcoolului sau are gura uscată ca urmare a folosirii substanțelor psihotrope.

Scopurile îngrijirii

Dacă este posibil pacientul să fie lăsat să rezolve singur problema. Ea dispăre de la sine după un timp.

Acțiunile de îngrijire

- Pacienților care stau în pat să li se ofere apă.
- Pacienții care pot merge,. să-și rezolve singuri problema, eventual să li se ofere apă.

Problema de îngrijire

3. Pacientul mănâncă puțin sau deloc și/sau consumă hrană nesănătoasă..

Scopurile îngrijirii

Bolnavul consumă suficientă hrană consistentă.

Acțiunile de îngrijire

- Observații/întrebări referitoare la motivul pentru care nu mănâncă.
- Să se implice bolnavul în alcătuirea hranei “consistente”
- Să se ofere mâncare și băutură la ore regulate.
- Să se reducă sau să se înlăture factori care deramjează, cum ar fi neliniștea, frica, durerea etc.
- Să se implice la orele de masă ceai/cafea.
- Uneori situația pacientului este așa de gravă încât acesta este alimentat prin perfuzie (parenteral) sau sondă gastrică; și în acest caz se notează balanța hidrică.

Problema de îngrijire

4. Pacientului îi este greață și trebuie să vomite.

Scopurile îngrijirii

Dispariția senzației de greață și a nevoii de a vomita.

Acțiunile de îngrijire

- Să se ia eventual măsuri de protejare a hainelor și lenjeriei de pat.
- Să se dea pacientului un vas în care să poată vomita.
- De comun acord cu doctorul să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de dezintoxicare (abstinență, sevraj).

Problema de îngrijire

5. Pacientul transpiră abundent.

Scopurile îngrijirii

Dispariția transpirațiilor

Acțiunile de îngrijire

- De comun acord cu doctorul să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de sevraj.
- Să se dea pacientului ocazia să se spele, la nevoie ajutat.
- Pacientul trebuie să-și achimbe hainele; la nevoie ajutat.

Problema de îngrijire

6. Pacientul are diaree

Scopurile îngrijirii

Reglarea tranzitului intestinal

Acțiunile de îngrijire

- De comun acord cu doctorul să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de sevraj.
- La nevoie pacientul să fie însoțit la WC.

- Să se stimuleze igiena dând atenție spălării mâinilor, îngrijirii igienice a corpului, schimbării hainelor etc.
- De comun acord cu o dieteticiană să se ofere hrană care constipă.
- Să se ofere destule lichide sub formă de ceai, suc de mere, supă.
- Să se noteze balanța hidrică în cazul pierderii serioase de lichid și să se ofere lichid prin perfuzie.
- Să se raporteze doctorului modificările patologice legate de emisia de urină sau scaun.

Problema de îngrijire

7. Pacientul este constipat.

Scopurile îngrijirii

Reglarea tranzitului intestinal.

Acțiunile de îngrijire

- Să se observe bine scaunul (să se țină o evidență).
- Să se ofere hrană laxativă, de exemplu pâine neagră cu brânză, legume, tărațe.
- Să se dea la nevoie laxative.
- Pacientul trebuie stimulat să facă mișcare, de exemplu exerciții fizice.
- Să se raporteze doctorului modificările de scaun și urină.

Problema de îngrijire

8. Pacientul are o stare generală alterată din cauza sevrajului .

Scopurile îngrijirii

Starea bolnavului se ameliorează

Acțiunile de îngrijire

- De comun acord cu doctorul să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de sevraj..
- Să se țină sub observație din cauza riscurilor ce însoțesc simptomele de sevraj.

Problema de îngrijire

9. Pacientul are un ritm deranjat de veghe/somn.

Scopurile îngrijirii

Normalizarea ritmului nictemeral.

Acțiunile de îngrijire

- De comun acord cu doctorul să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de sevraj.
- Să se stimuleze activitățile din timpul zilei printr-un program de zi structurat, cu respectarea orelor de odihnă/activitate.
- Întreabă-l ce-l preocupă, la nevoie discută puțin despre asta.
- Lasă-l să scrie sau să deseneze gândurile/emoțiile dinainte de a adormi; lasă-l să facă un duș fierbinte înainte de a se culca.
- Oferă-i un pahar cu lapte cald.
- Înlătură lumina supărătoare sau zgomotul iritant.

- Eventual aplică o dată pe săptămână terapia de insomnie.

Problema de îngrijire

10. Pacientul este deprimat

Scopurile îngrijirii

Îmbunătățirea stării d dispoziție.

Acțiunile de îngrijire

- Arată-i pacientului că ești acolo pentru el, mergând des la el.
- Ascultă pasiv și activ.
- Oferă pacientului ocazia să fie singur cu tristețea lui.
- Nu te lăsa atras de tristețea lui; ia distanță suficientă și nu te simți răspunzător pentru problemele sale.
- Lasă-l să vorbească
- Subliniază eventualele lucruri pozitive
- Întreprinde activități împreună cu pacientul

(vezi capitolul despre depresie)

Problema de îngrijire

11. Pacientul este agresiv și este un pericol pentru sine și pentru cei din jur.

Scopurile îngrijirii

Calmarea pacientului.

Acțiunile de îngrijire

- Dacă pacientul este beat și nu se poate vorbi cu el, poate fi util, de comun acord cu cel care-l tratează, să-l separe sau să-i dai calmante; dacă pacientul nu este beat poate fi util să:

1. Iei pacientul separat și să discuți cu el
2. Să accepți sentimentele lui
3. Să ascuți pasiv și activ
4. Prin întrebări sau reflectare lasă pacientul să spună de ce este așa de supărat acum

(vezi și capitolul despre agresiune)

Problema de îngrijire

12. Pacientul este anxios.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul se liniștește.

Acțiunile de îngrijire

- Ascultă pasiv și activ.
- Dă-i atenție suplimentară și nu-l lăsa singur.
- Întreabă mereu despre sentimentele sale.

- Dacă anxietatea nu încetează, consultă-l pe cel care tratează și de comun acord dă-i medicamente anxiolitice.
(vezi și capitolul despre anxietate)

Problema de îngrijire

13. Pacientul se simte singur.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul devine capabil să-și exprime sentimentele.

Acțiunile de îngrijire

- Ascultă-l pasiv și activ.
- Ia-ți timp suficient pentru o discuție.
- Folosește cele spuse de el.
- În caz de neclaritate pune întrebări până afli ce vrea să spună.
(vezi capitolul despre singurătate)

Problema de îngrijire

15. Pacientul manifestă comportament suicidar.

Scopurile îngrijirii

Bolnavul își schimbă comportamentul.

Acțiunile de îngrijire

- Arată-te regulat, stai lângă el și leagă o discuție.
- Ascultă ce spune.
- Vorbește cu el despre ideile de sinucidere, întreabă-l la ce se gândește.
- Continuă întrebările: cum vrei să o faci, unde, cum etc.
- Dacă nu vrea să vorbească oferă-i un alt moment.
- Discută la nevoie sentimentele tale de neputință.
(vezi și capitolul despre sinucidere)

Problema de îngrijire

16. Pacientul este psihotic., confuz.

Scopurile îngrijirii

Dispariția simptomelor psihotice.

Acțiunile de îngrijire

- Caută contactul cu pacientul, nu-l evita.
- Discută numai lucruri concrete și fii sincer în contactul cu el.
- Nu vorbi prea mult, ai grijă să nu intre și mai mult în confuzie.
- Pune-l într-un mediu lipsit de excitanți.
(vezi și capitolul despre psihoză)

Problema de îngrijire

17. Pacientul face crize de epilepsie.

Scopurile îngrijirii

Crizele de epilepsie dispar.

Acțiunile de îngrijire

- Ai grijă să fie supravegheat de un asistent.
- Lasă-l să urmeze un program structurat de zi.

Problema de îngrijire

18. Pacientul prezintă frecvent crize epileptice.

Scopurile îngrijirii

Pacientul știe ce s-a întâmplat

Acțiunile de îngrijire

- Se iau măsuri pentru ca bolnavul să nu se rănească..
- Se instituie, de comun acord cu medicul, un tratament antiepileptic..
- Să se observe pacientul (înainte și după criză).
- Elimină stimulânții puternici (lumină, zgomot).
- Mută bolnavul într-un mediu liniștit.
- Cere curioșilor să plece.
- Eliberează căile respiratorii (pentru a preveni asfixia, aspirația).
- Împiedică mușcarea limbii.
- Pune-i capul într-o parte.
- Desfă-i hainele strânse.
- Împiedică pacientul să se rănească în timpul contracțiilor punând o pernă între membre, sau materiale solide.
- Lasă pacientul să doarmă.
- Spune-i ce s-a întâmplat când se trezește.
- În caz de incontinență ajută-l să se spele și să se schimbe. De comun acord cu doctorul să i se dea medicamente pentru a se limita simptomele de sevraj.
- Fă legătura dintre criză și împrejurările de apariție.
- Întreabă doctorul eventual dacă trebuie administrate și alte medicamente .
- Ai grijă ca pacientul să se odihnească suficient, să doarmă și să mănânce.
- Evită folosirea substanțelor dăunătoare cum ar fi alcoolul și psihotropicele.
- Ajută pacientul să-și descarce tensiunile într-o manieră nedăunătoare.

CUPRINS

I.Îngrijiri: aspecte generale	2
II.Noțiuni elementare de semiologie psihiatrică	8
III.Patologie psihiatrică	28
IV.Îngrijiri: aspecte speciale	72
V.Cuprins	94